

حيرة طبيب نفسي

نهاية وبداية



دكتور

يحيى الرخاوى

أستاذ الطب النفسى المساعد بالقصر العيني

حيرة طبيب نفسي

منهاية وابدائية

دكتور
بجيني الخشراوي
أستاذ الطب النفسي المساعد، قصر العيني

١٩٧٢

دار الفكر والثقافة والنشر
القاهرة ٤٧ شارع الفلكي

الاهراء

« إلى زوجتي .. رفيقة الطريق

وأولادي ..

على الطريق،

بني

« كل مذهبين مختلفين إما أن يكون أحدهما
صادقا والآخر كاذبا ، وإما أن يكونا جميعا
كاذبين ، وإما أن يكونا جميعا يؤديان إلى معنى
واحد هو الحقيقة ، فإذا تحقق في البحث
وأنعى النظر ، ظهر الاتفاق وانتهى الخلاف »
ابن الهيثم

مقدمة

أنا أعيش في حيرة منذ زمن طويل ، شأن أى إنسان يسمح لعقله بالعمل دون خوف ، إذ لم تنجح كل القيم الموروثة ، والعالم المطبوع ، والإجماع أحياناً ، أن يحولوا دون أن يظل التساؤل يلح على ، فأقبل الشيء وضده فترة من الزمان ، وبعد ذلك إما أن أرفضهما معاً ، أو أن يتفقا في كل جديد مثلما حدث .

وأنا كطبيب - وطبيب نفسى - أعرض حيرتى بأمانة ، وحذر مدركاً صعوبة الطريق : بأمانة لأن غير ذلك مستحيل ، وحذر حتى لا أفتح الباب أمام تقويض ما هو قائم قبل أن أقدم البديل ، والبديل هو « الثورة » بكل ما تحمله هذه الكلمة من معان ، فبالرغم من أن لها سمعة طيبة إلا أن لها كذلك وقعا خاصا .

وأول سؤال يتبادر إلى الذهن في هذا السبيل هو :

لماذا أ طرح قضية خاصة بالطب النفسى على القارىء غير المتخصص ، فى حين أن القضية تبدو شديدة التخصص ، كما أنى لا بد سأعرض لمناقشة مفاهيم ومصطلحات قد تحوى تفاصيل كثيرة ومحيرة ؟

والإجابة صعبة تماماً ... وربما هى شخصية نوعاً ما . . . وقد طرحت مثل هذا السؤال وناقشته فى مقدمة كتابى الأول عن « حياتنا والطب النفسى » ، حيث حاولت أن أعقد صداقة بينى وبين القارىء ، وحين زادت حيرتى أخيراً ، وجدت أن خير من يسمع لى ويشاركنى هو القارىء الذى سعيث إلى صداقته منذ البداية ، ولقد وجدت أنى بذلك أحاول أن أكسر الحاجز الذى يحيط بالطبيب عامة

وبالطبيب النفسى على وجه الخصوص .. ووجدتنى أقتطع جراً من نفسى لأعرضه على القارىء بأمانة ، وأحمل كلماتى ما تستطيع أن تحمل من حب وصدق وأمل ، راجياً أن يصل بعض ذلك إلى عقل القارىء ووجدانه ، فيصاحبنى على الطريق أو يسمح لى بمصاحبتة ، ووجدتنى قد عقدت صداقة مع القارىء يحق لى من خلالها أن أعرض عليه ما يعتل بداخلى هذه الأيام ، وقبل هذه الأيام ، حتى ولو كانت هناك تفاصيل تبدو بعيدة عنه لأول وهلة ... إلا أنى أراها أقرب إليه مما يتصور المختصون .

وفى تصورى أن القارىء غير المتخصص قد يقبل « ثورة » فى الطب النفسى لحاجته إليها ، فهو صاحب المصلحة الأول ، والأمر يهمه قبل أن يهم المختصين ، فإن المقاومة العنيفة التى تلقاها أية دعوة جديدة تأتى بادية ذى بدء من أقرب الناس إليها ، لأنهم ارتبطوا بمفاهيم ثابتة نظمت طريقة تفكيرهم ، ووضعت أجوبة لتساؤلاتهم .. ارتضوها على ما بها من نقص ، واحتموا وراءها من مسئولية التفكير والمراجعة .. وربما لهم حق - أو لهم العذر - فما أضنى التفكير الحر والمراجعة ، وما أسهل التطبيق والمتابعة .

فاذا نجحت - برضى هذا الجزء من نفسى - أن أؤكد أواصر الصداقة التى سميت إليها جاهداً من أول كتاب ظهر لى .. فقد قاربت هدفى ، وإذا لم أوفق فقد عرضت مشكلة أحيائها منذ زمن طويل .. بكل عنفها وقسوتها .. ثم إذا بى - فجأة هذه الأيام - أرى حلها أقرب مما تصورت .. مما قد يفتح آفاقاً جديدة فى التفكير والبحث ، على أنى أعترف أنه بالرغم من شعورى بهذا الجديد واختلافه عما قبله ، ورغم إحساسى ببعض التناقض مع ما كتبت قبلها إلا أنى كلما راجعت ما كتبت خلال سنوات وجدت فيه شيئاً مثل هذا الجديد الذى أعيشه الآن ،

وعموماً لم يخل مقال لى من بعض ملاحظه ، وأتعجب ، وكأن قلمى يرصد إرهابات فكرى قبل ولادتها وقبل أن أدرى بها وأعيشها بهذا الوضوح .

والسؤال التالى مباشرة هو :

هل سأعلن قيام الثورة وخطتها مرة واحدة .. فى هذا المقام .. وداخل هذا الحيز ؟

والإجابة بالنفى طبعاً ، فهذا مستحيل لأكثر من سبب ؛ فالأمر يحتاج إلى تقييم شامل للقديم ومقارنات ومعارضات وعرض حالات وتتبعها إلى آخر هذه القصة المطولة التى تستغرق عمراً بأكمله ، ولكنى هنا أحاول - بصراحة - أن استغل حسن نية القارئ وثقته لأعرض تسلسل أفكارى التى اكتملت منذ وقت قصير ؛ والتى حسبت حينذاك أنها ينبغى أن يقال الآن ولو بفجاعتها غير المنقحة ؛ لذلك فإنى سأكتفى بعرض المشاكل العظيمة التى نعيشها نحن الأطباء النفسين ونعانى منها الأمرين ؛ واعتذر لصيغة الجمع ؛ ولكنى أؤكد ابتداءً أن كل جهل أو قصور أو حيرة هى صفاتى الشخصية التى أدركها تمام الإدراك ، والتى لا أشرك فيها أحداً سواى من زملاء المهنة ، فليتنق معى منهم من يشاء فيما يحس بصادق شعوره .. أو ليركوا إلى النقص وحدى ، وأغلب الناس تحسب أن الأطباء النفسين قد وجدوا لكل مشكلة حلاً جاهزاً مغلفاً بورق لامع يضىء الطريق ولا يخطئ ، فى حين أنهم يختارون فى معظم الأمور حيرة صادقة وعميقة ، ورغم ذلك فهم يحاولون فى كل لحظة .. رغم أنهم لا ينجحون فى كل مرة ، وقد كنت مع استاذى الدكتور عبد العزيز عسكر منذ بضعة أشهر أسام فى استشارة بشأن شاب من هذه المجموعة التى سأشير إليها مراراً فى الصفحات المقبلة ، وهى فئة الشباب المخوق أشد التفوق ، الميذب أعظم الأدب ، المثالى الهادى . المطيع ، الذى

يصل إلى سنة معينة من مراحل دراسته ، وبدون أى سبب ظاهر يبدأ فى التدهور
فالتدهور ، وقال استاذى ونحن نزل الدرج من عند زميلنا الداعى إلى الاستشارة
« ... ما أسخف كل هذا ... ولد ممتاز بهذا المستوى .. ينهار أمامنا هكذا ..
ونحن نجتمع وننفذ .. لا نستطيع أن نساعدك كما ينبغي .. إنه لعار على فرعنا أن
يقف مكتوف اليدين أمام هذه المشكلة » - واحترمت هذه البذور الثورية التى
ما زال استاذى ينثرها فى شباب على الأجيال التالية ، يثيرهم حتى يرعوها لعلها
تنبت الحل ، وكان هو أول من علمنى الثورة ، أو قل كان أول من حافظ على
الثورة فى لأنه لم يحاول قمعها ، وقلت له « للأسف نعم ... فأتى أكاد أقارن بين
هذه الحالة بعينها .. وأول حالة وصف فيها مرض الفصام سنة ١٨٦٠ حيث وصفه
الطبيب النفسى البلجيكى موريل Morel فى طالب يبلغ من العمر أربعة عشر
عاماً - كان الأول فى امتحاناته دون بذل مجهود كاف .. أو بدقة أكثر دون
استذكار .. وبدون أن يشعر بدأ يفقد بهجته وأصبح حالماً ساهماً .. يميل إلى
الانطواء ، وقد أظهر هذا الشاب حالة من الاكتئاب والكراهية نحو والده ..
وصلت إلى درجة التفكير فى قتله ، وابتدأ الصغير يفقد كل ما تعلم بالتدريج ؛
وبدت على قدراته العقلية حالة توقف مزعج فبدأ كسولا يعلوه الغباء - بديلاً عن
التوقد الذكى الحاد والنشاط السابقين ؛ وحين قمت بفحصه خيل إلى أنه فى طريقه
إلى حالة من التدهور العقلى لارجعة فيها » .

ما أشبه الليلة بالبارحة كما يقولون .. منذ أكثر من مائة سنة وعشر
يصف موريل هذه الحالة بهذه الدقة ، ومازلنا نراها هى ، ونجتمع فى
« كونسلتو » لصعوبتها ، وتبادل الآراء ، ونكتب دواء يفيد أحياناً فى أول
المرض .. ولا يفيد كثيراً إذا تأخرت الحالة .. وهى عادة ما تصل
متأخرة لبدايتها التدريجية الخفية ، ثم تنصرف غير آملين ، ويلقى استاذى بعد

خبرة تقارب الأُرجين عاماً في مجال الطب النفسى هذا التساؤل الثورى ، ويعلق بأنه « عار علينا كل ذلك .. » نعم .. إنه كذلك .

أى حيرة نعيشها جميعاً :

وبرغم تقدم الطب الدوائى والعلاج النفسى وغيرها ، فمازلنا نقف أمام علامات استفهام تجعلنا نتألم ربما أكثر من المريض وأهله .. وقد سمعت زملاء صغاراً لم يسيروا شوطاً طويلاً في هذا الطريق بعد ، يشيرون قائلين « إنه لا يمكن أن تستمر الحال هكذا ، لابد من حل وإلا .. » ، وكنت أفهم أنهم يشيرون إلى التحول عن هذا الفرع من الطب إلى فرع أكثر تحديداً وأقل ألغازاً .

ولكن ..

إذا عرض الأمر هكذا على القارىء العادى ، ألا يهز ذلك معتقداته في الطب النفسى والعلوم النفسية التى نالت من الدعاية والترويج أكبر كثيراً من درجة نضجها ؟ ألا يعرى ذلك الأطباء النفسيين أمام المرضى والناس بصفة عامة ، وهم فى أشد الحاجة إليهم رغم كل شيء ؟ ألا يضعف ذلك من الثقة بهم وبما يلقونه من تعليقات أو عقاير أو نصائح ؟ أليس فى ذلك من الضرر أكثر مما فيه من النفع ؟

ولكن لا ...

الأمانة والصدق - مع الناس عامة ومع الأصدقاء - المرضى وغير المرضى - خاصة ، هى أقرب الطرق للوصول إلى الحقيقة ، رغم ما يصاحبها من مرارة وألم . على أنه ينبغى أن يؤخذ الأمر بحذر كما فهمت منذ البداية ، فإذا أنا قلت أن تشخيص الأمراض النفسية ليس جاسماً ، فهذا لا يعنى أنه ليس هناك تشخيص

أو بديل عن التشخيص ، وإنما يعنى أننا نسعى إلى وضع أفضل نستطيع فيه أن نسمى الأشياء بأسماء أفضل وأدق .

وإذا أنا قلت أن علاج الأمراض النفسية ليس نوعياً في أغلب الأحوال ، وأن معظم الأطباء النفسيين وغير النفسيين يعطون الدواء دون معرفة مكان وطريقة عمله بالتفصيل ، فإن ذلك لا يعنى أنه لا داعى لتعاطى هذه الأدوية حتى نعرف طبيعة عملها ، إذ يكفي أن نعرف تأثيرها وفعاليتها ، الأمر الذى يتيح الفرصة لما لا يقل عن سبعين أو ثمانين في المائة من المرضى النفسيين لدرجة من التحسن تخفى أعراضهم وتعيدهم للحياة يكملون الطريق ، أما تفسير لماذا تحسّنوا فليأت وقتها يأتى ، فهذا هو الطب منذ مبدأ التاريخ ، ولا يمكن أن نسمح لأنفسنا أن نترك المريض يعاني لمجرد جهلنا بالتفاصيل ، ولا يمكن أن نشجع المريض على أن يقاوم العلاج لأن العلم قاصر ، فإن إمكانيات اليوم أفضل ألف مرة من إمكانيات الأمس ، وسوف يتقدم العلم باستمرار ، وسوف يظل قاصراً باستمرار ، هذه هى طبيعة الأشياء .

ولكن عرض موقف الطب النفسى والصعوبات التى يعيشها فى هذا العصر إنما يجعلنا أكثر صدقاً مع أنفسنا ، ويحول بيننا وبين التراخى أمام المشكلات الحادة للتراكم ، ويبرر الحاجة إلى ثورة شاملة نحو علم أكثر تناسقاً وثباتاً ، وهو فى نفس الوقت يخفف - مرحلياً - من غلواء الناس فى التعلق بألفاظ شائعة ، ولافتات ثابتة ، ويهربون تحتها إلى دعة المرض ، وينتظرون الطب الحديث وكأنه السحر العلمى الذى يخفف الآلام ويحل الصراع بلمعة قبل الأكل أو قرص قبل النوم ، وهو أخيراً يحس فريقاً من الأطباء النفسيين ألا يحتموا وراء ما هو قائم من تقاسيم ومفاهيم ، ظانين أنه ليس فى الإمكان أبدع مما كان وأن كل ما عليهم

أن يتبعوا الصف في نظام ، بل عليهم أن يحاولوا أن يذيبوا الجليد ويحطموا الأصنام ليصلوا إلى الحقيقة .

* * *

وقد لا يهم القارئ كيف بدأ الموضوع وكيف تطور ، ولكن ألا يمكن أن يكون في هذا العرض التاريخي جانب آخر ؟ كأن يرى مثلاً معاناة طبيب نفسى في ممارسته لمهنته ، وفي تطور فكره ، في حين أنه يحسب الطبيب النفسى خلى البال بالغ الاستقرار والمهدوء ، ألا يمكن أن يرى من خلال ذلك كله الطبيب النفسى وهو يمارس إنسانيته في حيرة إنسان العصر الحاضر ، وهو يريد أن يكون الغد أحسن ، والعلم أنفع ، والخداع أقل ؟

الفصل الأول

حيرة بين الصحة والمرض

ما هي الصحة النفسية

« إن الشخص السوي الكامل لم يخلق
بعد ... ولكن يخلق الرجل العاقل بالقدر
الأكثر والقدر الأقل ، فإذا كان القدر
الأكثر فيه هو قدر العقل وقدر الجنون
هو الأقل فيعتبر هذا الرجل عاقلا والمكس
صحيح »

أبو الحيان البصري

(من رواية .. عن « نزيل » بمسند عقلي)

من هو السليم ومن هو المريض نفسياً ؟

كانت هذه أول مشكلة تواجهني في ممارستي للطب النفسي ، وقد حسبت أول الأمر أنها مشكلة خاصة ، لأنني لم أقتنع بكل ما قيل من مقاييس ، وظلت هذه المشكلة تؤرقني طوال هذه السنين حتى اهتديت إلى حلها بتنويع الصحة وتصنيفها وعدم قبول مستوى واحد أو مفهوم واحد لها ، وقد مرت علىّ قبل ظهور هذه الفكرة مراحل متعددة سوف أذكر بعضها موجزاً في عرض حيرتي ، وقد كانت آخر هذه المراحل أني ألحقت نحي عن الصحة النفسية بآخر هذا الكتاب ، فليقرأه من شاء ، وليكتف برؤية حيرتي - هنا - إزاء هذه المشكلة من يريد ، فقد وعدت أن يكون هذا الكتاب لغير المتخصص ، ولكنني أيقنت بعد قراءة البحث كاملاً أنه قد يفيد قارئ هذا الكتاب فعلاً .. لذلك فإني أعذر ابتداء إن بدا الملحق منهجياً أو معقداً ...

إن حيرتي إزاء هذا السؤال عن الفرق بين الصحة والمرض قديمة جداً بدأت معي منذ بدء اشتغالي بهذا الفرع ، ولكنني كنت من قبل أن أصبح طبيباً - اعتبر الحرب جنوناً صريحاً ، في حين أصحاب بعض الذين يقولون عنهم « مجانين » وأفهمهم وأحترمهم أكثر من العقلاء « المرسومين » على مكاتبهم أو وراء نياشينهم . وكان انتقال رؤيتي بين هؤلاء وأولئك يزعجني جداً ، فأكاد أقلب الوضع وأسمي العاقل مجنوناً والمجنون عاقلاً ، غير أن عقلي الطبي المحترم أخذ يحاول أن يهديني ويثبت قدمي ، لأعود إلى المقاييس التي لم تقنعني أبداً .

المرض السري الشروع :

وفي حماس الشباب تلفتُ حولي لأرى البنات اللاتي يقفن عليهن في كل البيوت

وكل الأفلام ، يمارسون هستريا «مشروعة» ، ورأيت كأن أشد الأمراض، وهو
القصام، منتشرأ في الحياة العامة انتشارأ مذهلاً حتى أنى كتبت أول مقال ظهر لى
سنة ١٩٦٤ عن هذا الموضوع فى عدين متتالين من مجلة الصحة النفسية
تحت عنوان « القصام فى الحياة العامة » ، وكنت أنوى أن استمر فى هذه السلسلة
أكشف اللثام عن سائر الأمراض النفسية المنتشرة بيننا « فى السر » ، فأكتب عن
« المستريا فى الحياة العامة » ، و « الاكتئاب فى الحياة العامة » إلى آخر تصانيف
الأمراض ، ولكنى لم أتماد فى ذلك حيث أدركت أنى وقت فى المحذور الذى
يقع فيه كثير من الأطباء النفسين بالرغم منهم حين يرون الأمراض النفسية منتشرة
انتشارأ هائلاً بين الناس ، ولكنها تأخذ مشروعية غريبة لمجرد تماسك صاحبها
و « تكيفه » ، ورفضت أن نطلق الأسماء على المرضى دون هؤلاء الأتد خطراً
الذين يمارسون مرضهم خارج الأسوار بصورة مرية ومشروعة فى ذات الوقت ،
إلا أنى انتبهت مبكراً إلى ما انزلت إليه ، وتوقفت ، وعدلت عن هذه الفكرة
تماماً حين وجدت أننى قد أهرز كثيراً من القيم السائدة والتصرفات المألوفة دون
بديل ، وحين تطور فكرى أصبحت أرفض تسمية الصديق المريض اسماً
تشخيصياً معيناً ، فما بالك بالناس فى بيوتهم ، وهكذا حققت العدل مع نفسى ومع
أصدقائى المرضى ، فإما أن نسمى كل الناس هذه الأسماء بما فيهم المرضى ، وإما أن
نكف عن استعمال هذه الأختام على كل الناس بما فيهم المرضى (وكل ذلك سيأتى
تفصيلاً عند حديثى عن مشكلة التشخيص) .

ولكنى أجد نفسى أقدم بعض مقتطفات من هذين المقالين حتى يعرف
القارئ أننا إذا سمحنا لأنفسنا باستعمال مقاييس الأعراض فحسب بعدل ومساواة ،
فإنه يمكن أن نجد فى الحياة العامة ما نجده بين المرضى ... وزيادة ، وكان هذا بما
حيرنى دائماً ..

قلت في هذين المقالين :

« ... إذاً فانا نحاول أن نقول أن مرض الفصام - المرض النفسى الخطير أو العقلى الشديد - يوجد فى الحياة العامة كما يوجد فى مستشفيات الأمراض العقلية والعيادات النفسية سواء بسواء ، إن لم يزد عدداً ويشتد خطراً ، وذلك لأن وجوده فى الحياة العامة فى تلك الصورة الملتوية ، لهو أشد وأخطر على المجتمع وذلك لعدم اعتبار هذه أمراضاً تستأهل الوقوف عندها والتأمل فيها وإدراك ماهيتها وسبر غورها ، ومن ثم علاجها ووقاية حاملها ومعاشرتهم من خطرها .

ثم قلت :

« ... وهناك عرض عام يشمل كل نواحى الشخصية عند المريض الفصامى ، ذلك العرض الذى يمكن ان نطلق عليه اسم « الذاتية المطلقة » (أو إذا شئنا الترجمة الحرفية « التشخصن » Personalisation) حيث لا يعنى المريض بحال من الأحوال إلا بما يهم ذاته بل وإنه ليصبح كل ما حوله بهذه (الصفة) الشخصية حتى لا يصبح للأشياء .. والناس .. قيم موضوعية أصلاً ، وإنما تصبح المعانى والقيم هى مدى علاقتها بالمريض نفعاً أو ضرراً أو إهمالاً ، ومن هنا يمكن تفسير الانطواء وأحلام اليقظة وتبليد الشعور : فالانطواء عجز عن التكيف الموضوعى ، وتبليد الشعور هو عدم القدرة على منح عواطفه لأى أحد سوى نفسه ، وأحلام اليقظة هى تفكير يحقق للذات رغبة شخصية بأيسر السبل دون أدنى عناء ، بل إن الظاهرة التى سميت « فقدان النفس » والتى تعنى أن المريض لا يدرك الحد الفاصل بين شخصه وبين ما حوله ، فلا يتعرف على نفسه ككيان قائم بذاته وسط عالم من الناس والأشياء - هذه الظاهرة التى حاولوا تفسيرها

بفقد الإرادة والقدرة على التحديد ، أعتقد أنها تعنى احتواء العالم وليس فقدان الذات ، بمعنى أن العالم أصبح جزءا من نفسه فلا حدود بينهما ، وليس أن نفسه أصبحت جزءا من العالم فاندست القواصل .

ثم أوردت بعض الأمثلة التطبيقية في المجالات المختلفة .

أولا : في مجال الأسرة

١ - الأب القاسى . . . الذى تمثل ذاتيته وتبلد شعوره فى قسوته التى تبلغ حداً مفرغاً ... وقد تصل هذه الذاتية بهؤلاء الآباء درجة تسمح لهم بأن يمنحوا على بنيتهم كل ما يمنحونهم - أو ما منحهم - حتى المأكل والمشرب والمأوى ... وعادة ما يصور ذلك الأب نفسه بصورة البطل المضحى المتفانى الذى لا يهدف إلا إلى ترويم الفاسد والذود عن الأخلاق .

وهو يتمنى لأولاده الخير ما داموا جزءا من ذاته ، فإذا ما انفصلوا عنه لم يعد يتمنى لهم ذلك ، بل ربما تمنى لهم الشر ... فإذا استقل أحدهم عنه وأصاب نجاحا ما ، غيره بأن نجاحه هذا (أيضا) فضل منه (رغم اختلافهما) ذلك لأنه حمله صغيات (كروموزومات) النجاح (بالوراثة) .

٢ - الأم أو الزوجة السلبية : التى تتصف بالطاعة العمياء فلا تعصى لزوجها أو حتى بنيتها أسرا ، وقد كانت هذه الصفة القديمة من الصفات الحميدة ، ولكنها قد تصل إلى إلغاء كيان الزوجة أصلا فتفقد معالم نفسها ويشل تفكيرها ، بل وقد تتصف أفعالها بالأسلوية (الآلية الحركية) حيث تقوم بدورها فى المنزل بطريقة آلية رتيبة قد لا تتغير على مر السنين ، وتكون علاقاتها بأبنائها مثل علاقاتها برجلها (سلبية تماما) أو هى تحتويهم فيكون تعلقها بهم مرضيا ، وعادة لا يكون لها أى

اتصال بالمجتمع فهي بذلك تتصف بالانزواء ، فالأعراض شبه القسامية هنا هي :
السلبية والطاعة الآلية وفقر التفكير وقندان الذات والأساوية .

ولعل هذا الحديث يدفعنا إلى تفسير ما ذهب إليه البعض من غلبة حدوث
الفصام بين الرجال عنه بين النساء ، وفي الحقيقة أن الأمر قد يكون غير ذلك ،
إذ أن النسبة التي يتحدث عنها هؤلاء هي نسبة المرضى الذين يرونهم ، وليست
نسبة المرضى في المجتمع الأوسع ، إذ أن السيدة التي تعيش في كنف زوجها سلبية
طبيعة طاعة عمياء لا إرادة لها ولا حول ولا قوة ، لا تتعرض عادة إلى ضغوط
المجتمع الخارجية ، وبالتالي لن تضطر أن تتهار انهيارا حادا مثلنا يستتبع عرضها
على الإخصائي (ومن ثم الإحصائي) .

٣ - - الطفل أو (الشاب) المثالي : . . الهاديء الحجول الذي ليس له من
شقاوة الأطفال نصيب ، والذي نسمع تعليقات زائرات أمه عنه أنه : « اسم الله عليه
وعلى حواله ، قاعد بيننا زى واحد كبير ، يارب عيالنا يبقوا في هداوته ... الخ »
هذا الطفل (أو الشاب) إذا تطورت حالته فزاد انطواء ، وإذا تجسست طاعته
فأصبحت آلية عمياء ، وإذا عنفت مثاليته فوسعت الشقة بينه وبين الواقع ، لن
يعدو أن يصبح ذا شخصية شبه فصامية أو أن يكون صورة محورة من الفصام
ذاته ... ، ويتصف هذا الطفل أو الشاب - رغم مثاليته - بالذاتية المطلقة حتى أن
هذا العالم لا يعنى عنده إلا ما يتعلق بشخصه ، وقد حكى لى أحدهم أنه بينما كان
في رحلة مع زملاء له ، إذا بأحدهم يقع من شاهق فيندفع الجميع إلى رويته ، وكان قد
لفظ أنفاسه أو كاد ، وإذا بهم يستعيرون « منديله » - منديل محدثي - ليضغطوا به
موضع الزيف ، وإذا به فجأة يضبط نفسه وسط هذه المأساة لا يفكر إلا في مدى ما
سوف يصيب منديله من قذارة ، وعما إذا كان من السهل إزالة الدم منه أم لا ؟ فهو

لم يأخذ من كل هذا الموقف - رغم خطورته - إلا ما يتعلق بشخصه - رغم قاهته - وهو منديله ، وكانت هذه الحادثة وحدها هي السبب الذي دفعه إلى عرض نفسه على أخصائي .

٤ - الزوج الغيور : ذلك الزوج الذي يقتله الشعور بالنقص ، ويتبع ذلك الشكوك المضيئة التي ليس لها ما يبررها ، والتي قد تكون ضلالات تشككية لا يمكن تصحيحها - هذا الزوج قد يبلغ من تبدل شعوره وقسوته أن يجبر على كل تصرفات زوجته ، وأن يشك في كل أفعالها وأن يجسها داخل سجن رهيب متصورا بذلك أنه يدافع عن العفة ويحميها من شيطانها ... وأحيانا يصل به الحال أن تمتد شكوكه إلى أبنائه ، وقد يتصور أنهم على علاقة بأمهم أو بعضهم ببعض ، وقد يشك حتى في أمه وفي صحة نسبه ، وقد يخفى هذه الشكوك - بذكائه - فلا يصرح بها إلا حيث يعلم أنه سيفرضها فرضا وأنه لا مجال لمناقشته فيها ، ورغم خطورة هذه الأعراض فإن هذا الزوج عادة ما يوجد في الحياة العامة دون العيادات النفسية أو مستشفى الأمراض العقلية وذلك لأنه لا يعتبر نفسه مريضا ولأن من حوله لا يجرون لا على إقناعه بذلك ولا على إرغامه على الذهاب للطبيب .

ثانياً : في مجال العمل :

... وهنا يخلق بنا أن نتساءل : هل القصاصي هو الذي يفقد الإرادة ويفقد القدرة على الإنتاج ، وتبعد الشقة بين أحلامه وآلامه ... وبين إنتاجه الفعلي ؟ أم أن القصاصي هو الذي يتحوصل على نفسه ويحتوى العمل كجزء من كيانه يحقق به ذاته فيستغرق فيه بلا هوادة ، وقد يصل فيه إلى مكاسب حقيقية لا سيما إذا صاحب ذلك « مثابرة الهروب .. » أي أنه يهرب من المجتمع وضغوطه

بالمثابرة على عمله والانهماك فيه ، هل القصاصى هو هذا أم ذاك ؟ أم أنهما وجهان لصورة واحدة ؟ الحقيقة أنهما وجهان لصورة واحدة . والدليل على ذلك أننا كثيرا ما نرى القصاص فى صورته الأولى (عدم القدرة على الإنتاج والاتزواء والاستغراق فى أحلام اليقظة) يحدث عادة فىمن كانوا أوائل فى دراستهم أو مبرزين فى عملهم بل ربما نوابغ عصرهم ، أى أن العملية مجرد انتقال من صورة إلى صورة ، وهذا يفسر فى كثير من الأحيان الوهم الشائع بين العامة أن كثرة العمل تؤدي إلى الانهيار ، وحقيقة الأمر أن كثرة العمل تكون صورة هرويسة وتعويضية للمرض الخفى ، الذى متى نجح فى الظهور مؤخرا ، جاء بعد فترة من الإرهاق ، والاستغراق فى العمل ، وكأنه نتيجة له ، ولكنه فى الحقيقة سبب هذا الاستغراق .

... وهنا يثار سؤال جديد :

أليس لاضطراب التفكير القصاصى دور هدام على التفكير المنتج ؟ ألا يكون حائلا دون العمل والإنتاج ؟ والإجابة على ذلك أن الذى يستطيع احتواء عمله أو «دراسته» داخل ذاته ، فإنه يتوقع فى حوصلته ، ويصبح العمل جزءا من نفسه وليس تابعا لغيره ، فينتج بغير حساب ، وكأنه ينمى جزءا صحيحا من تفكيره على حساب جزء مريض والاثنان يخدمان ذاته ، وذاته فقط ، وهذا يفسر كثيرا من دارج القول « الى يشوفه فى شغله .. مايشوفهش فى بيته » ... وذلك لأنه احتوى العمل فأصبح جزءا من نفسه ، أما ذروه فقد أصبحوا يمثلون المجتمع الذى عجز عن أن يتكيف معه ، لأنه عجز عن أن يحتويه .

... والقصاص فى صورته المحورة - بصفة عامة - يدفع بصاحبه إلى امتنان مهنة خاصة بعيدا عن المجتمع ، لا يضطرف فيها إلى الاعتماد على غيره أو الاحتكاك به ، فتجده بين أكداش الكتب أمينا لمكتبة ، أو بين قوارير صامتة عالما فى معمل

خاص ، أو بين موسوعات المراجع محققا للتاريخ .. أو غير ذلك من الصور ، وفي مجال الطب مثلاً نجد بين أطباء العامل ، وأحياناً بين الجراحين الذين قد يتصفون بالقسوة البالغة حتى يرضوا نزعاتهم العدوانية وسيطرتهم على الطبيعة ومن ثم على مرضهم ، وأحياناً بين أطباء الأمراض النفسية - الأمر الذي ينبغي الانتباه إليه في انتقاء المشتغلين بالفروع المختلفة ، ففي الجراحة يجب أن يخشى من مثل هذا الطبيب الذي قد لا تتوقف ميوله العدوانية عند حد استعمال المشرط لما هو مهياً له ، بل قد تتعداها إلى التجارب غير الإنسانية في أجساد البشر المخدرين ، وفي الأمراض النفسية ينبغي أن تبعد الحالات الشديدة ، التي لا يرجى لها برء تام ، عن هذا المجال ، حتى لا يسقط الطبيب ما بنفسه على مرضاه ، وحتى لا يتهمهم بفقدان المشاركة الوجدانية في حين أن العجز قد يكون في تبدل شعوره هو .

ثالثاً : في مجال الأدب والفن :

(وكنت أتصور أن تقييم مظهر الأشياء وصفياً يسمح لي بأن أسمى مظاهر الخلق بأسماء الأعراض ، ويمجد القارىء بعض ذلك في الفصل الأول في نظراتي في الأدب في كتابي « حياتنا والطب النفسي » رغم أنني حاولت أن أخفف من غلوئي في التسميات التشخيصية ، ولكنني تركت أغلبه كما هو ، تسجيلاً لمرحلة تفكيرى هذه التي جعلتني أقول :) .

لعل مظاهر الفصام في الفن تعتبر من أظهر صوره ... - هذه الصورة الواضحة هي التي أطلقوا عليها فن اللاعقول - أو أدب اللاعقول - فيها كل أعراض الفصام من فقد الترابط وانطلاق اللاوعي بلا تحوير ولا تطوير ، ليعبر عن نفسه كما هو : فجاء بكرة غير منظم ولا متناسق ولا محدد المعالم ، تختلط فيه الأمور والأشكال والتعبيرات - صوراً أو ألفاظاً - ... وذلك الفن الذي لا يتقيد بالواقع وحدوده ، ولا يمكن الاتفاق على معنى معين له ، بل كثيراً ما يمثل مادة خاماً يسقط عليها كل مشاهد ومستمتع ما يراه هو مما يحمله داخل نفسه !!

رابعاً : في مجال السياسة :

وتتمثل مظاهر الفصام في مجال السياسة في شواذ السياسيين وتجار الحروب وقطعان الشباب الفاشي .

(وقد تحدثت في المقال عن هتلر ، ولكنني أكتفي باقتطاف حالة من الشرق لأن الحديث عن هتلر يحتاج في نظري الآن إلى تفصيل أكبر ، قلت :)

« والمثال الحديث في شرقنا القريب... هو حالة « عبد الكريم قاسم » الذي كان يتصف بالفردية والطمعان كما كان يشكو صراحة من الأرق الزمن ويدعي أن ذلك سهر على مصالح الشعب ، وقد تذبذبت تصرفاته دائماً بين النقيض والنقيض وانطلق خياله في مجالات أحلام اليقظة دون أن يصحب ذلك أي عمل جدي لتحقيق هذه الأحلام ، ومثال ذلك حديثه عن الاستيلاء على فلسطين المحتلة (!) في أيام قليلة ، وكان مظهر فقدان الشعور لديه تلك القسوة المجنونة التي استخدمها في التنكيل بأعدائه وأصدقائه على السواء إلى حد القتل والسحل ، ثم ميوله التوسعية الوهمية التي لا تتفق مع روح العصر وطبيعة الأشياء ، وذلك في إعلانه غزو دولة الكويت ، ولعل فرديته وانطواءه هما اللذان حالاً بينه وبين الزواج ، شأنه في ذلك شأن كثير من الفصامين الذين يجمعون عن الزواج لعدم قدرتهم على منح حبهم لأحد سوى ذواتهم » .

وختمت المقال قائلاً :

« وما قصدت أن أوضحه هو أنه ليس كل الأمراض النفسية والعقلية هي التي تقابلها في المجتمع الصغير: العيادة النفسية والمستشفى العقلي فقط ، بل إن كثيراً منها يعيش في المجتمع الأوسع ، وما دامت هذه الأكنية تعيش في حالة تعويض

كامل وتحقق لنفسها ولمن حولها نجاحاً وانتاجاً (مهما كانت نوعيته) فإن البحث فيها وتقليب أعراضها المرضية يصبح عبثاً لا يأتيه إلا سفیه أو جاهل ، أما إذا أضر القصاصى من حوله ، وجعل التبرير ديدنه ، وتسلمت ذاتيته على المجتمع دون أن يلجأ إلى استشارة طبيب ، فإن تبصرة الناس بطبيعة هذا الشذوذ تجعلهم يعملون على اتقائه ، وذلك باستشارة طبيب وتهيئة الظروف للعلاج . وبهذا تزداد فرصته فى الشفاء نظراً للتبكير فى التشخيص والعلاج . . .

* * *

بين ثروة الشباب .. وتقل الأطباء :

هكذا كتبت فى حماس الشباب ، ثم هدأت فى تقل الأطباء ، ثم ثرت مرة أخرى لأحطم صنم التشخيصات جميعاً سواء فى العيادة النفسية والمستشفى أو فى الحياة العامة ، فلم أكن أقبل فى أول حياتى المهنية أن اسمى الذين يحضرون للعلاج مرضى فصامين - مثلاً - فى حين ترك الآخرين فى الحياة العامة ، وربما هم أشد خطراً - دون تسمية ، فإما أن نسميهم جميعاً ، أو نطلق مراحهم جميعاً ... مهما يحدث ؟ وهذا ما سأحدث عنه بعد ذلك بالتفصيل ، أما ما يعينى هنا فهو أن التفرقة بين الصحة والمرض كانت صعبة علىّ تماماً منذ البداية .

* * *

حين تصبح الاهتزازة نبضة :

كانت التفرقة صعبة ، وكانت أصعب ما تكون حين أقابل فناناً خالقاً فى أزمة مع نفسه ، وأبحث عن الحد الفاصل فلا أجده ، وكان فضل الفنان للرحوه كالخليفة علىّ فضلاً ما زال يهزنى من الأعماق ، فقد صاحبت فى أزمته عدة سنوات

وتعلمت منه ما لم أتعلمه في كتاب أو من استاذ ، وتساءلت بعد أن شفى - وقبل أن يشفى - أين أضعه بين السواء والمرض ، ولكنه هداني أثناء بعض مناقشاتنا معبراً عن الشفاء إلى أنه « قد أصبحت الاهتزازة نبضة » وعرفت أن الفرق بين السواء والمرض ليس فرق درجة أو تماثل مع الآخرين ، وإنما هو فرق فاعلية وقوة حياة ، فالنبضة مثل ضربة القلب تدفع الدم إلى الشرايين وتحافظ على الحياة ، والاهتزازة أو الرعشة مثل تذبذب شعيرات عضلات القلب *Fibrillation* فلا انقباض ولا حياة .. إلا أن ألقاظاً مثل « الحياة ، والانبساط ، والعمل ، والسعادة ، والرضا » تحتاج إلى توضيح وتحديد حتى نستطيع فهم هذه المشكلة ، فإذا قلنا أن العمل للحياة والصحة فإن الناس تفرق كأفراد وكجماعات على معنى الحياة ، وإذا قلنا أن العمل وحده لا يكفي وإنما لابد من وجود الرضا والتكيف معه (راجع الملحق إذا شئت) فإن مجرماً مثل الخط « يرحمه الله » يتكيف مع من حوله من أتباع ومجرمين وحتى مواطنين يدفعون الإتاوة ، وبذلك لا يوجد خلل في علاقته مع بيئته المباشرة ، وهو منتج في عمله يجنى المال ويقتل الناس بفاعلية عظيمة ، ثم هو راض عن نفسه فخور بها ، فهل هذه هي الصحة النفسية بالمقاييس السالفة الذكر ؟ أو هل الأمثلة التي أوردتها عن « النقصان في الحياة العامة » هي من الصحة النفسية ؟

إذن فالأمر كله يحتاج إلى تحديد أكثر :

وتزيد حيرتي وتلاحقني ، فن المسرحيات القليلة التي شاهدها في باريس (وهي عدد قليل لصعوبة اللغة أولاً ثم لضيق ذات اليد أخيراً) كانت مسرحية « لكل حقيقة » *Chacun Sa Verité* ، وهي مسرحية فكاهية تأليف لويجي بيراندللو *Luigi Pirandello* يختلط فيها الأمر على المشاهد حين يتهم

أكثر من شخص في المسرحية الآخر بالجنون ، فيخرج الزوج مثلاً في تمام الصحة يتكلم عن حماه وعمه فعله من تصرفات شاذة حتى تقتنع بجنونها المطبق ، ثم يخرج لتدخل الحماة في كامل عقلها تتكلم عنه بدورها مشقة عليه مقنعة للمشاهدين أنها لا بد أن تسيره اعتقاده في أنها هي المجنونة ، وهكذا تتبدل الأحداث ونحن نختار ولا نصل في النهاية إلى الحقيقة ، أو يصل كل منا إلى حقيقته ، لأن الحقيقة ليست مطلقة وحكم الناس ليس إلا وجهة نظر .

* * *

وأجد في ممارستي الخاصة أن الدافع للحضور إلى استشارتي - كطبيب نفسي - ليس درجة المرض أو شدته وإنما عوامل أخرى لا ترتبط ارتباطاً مباشراً بدرجة المرض أو نوعه ، وكثيراً ما جاءني إحدى المريضات من بقايا « النوات » تريد أن تتكلم بعض الوقت مثل صديقتها « فلانة » التي أعالجها ، أو طالبة تكف عن الاستذكار ليحضرها أهلها مثل بنت خالتها ، وبذلك تفرج على الطبيب الذي يعالج قريبتها ، وهكذا ، وكنت أتساءل: هل أعتبر هؤلاء مرضى في حين أن مستر نيكسون - بسلامته - سليم معافى ؟

* * *

المرضى مقياس نفسه : ولكن :

ومنذ علمت فحص المريض ، كان القياس الأسامي هو المريض نفسه ، بمعنى أن تجري دراسة مفصلة عن حالة المريض قبل المرض وعن شخصيته ونوازع وسماته ثم تجري دراسة مقابلة عن حالته بعد المرض (الآن) وبالمقارنة تبين الصحة من المرض .

ولكن دراسة حالة المريض السابقة قد ثبت أنه « لم يكن يشكو . . . »
ليس إلا ، إذ قد يكون مريضا حينذاك دون شكوى ، وكل ما جد عليه أنه أصبح
أكثر إدراكا لواقعه المرضى ، ولذلك فقد جاء للاستشارة .

كما أن هذا المفهوم يشير ضمنا إلى أن واجب الطبيب الأول - أو ربما
الأسهل - أن يعيد المريض إلى ما كان عليه قبل المرض ، وكنت أتساءل : هل
يعنى ذلك أن نقلل من إدراكه لحالته ؟ وهل هذا ممكن ؟ ألا يشير ذلك ضمنا
إلى أننا نعوق تطوره ؟

القضية :

وفي مجال الطب النفسى الشرعى كانت مشكلة السواء والمرض أخطر
وأصعب ، لأنه بعد تحديد السواء والمرض نحدد المسئولية من عدمها . . . وخبرتى
في هذا المجال قليلة ، إلا أنه في آخر قضيتين استدعيت للاستشارة فيهما كانت
المشكلة حادة وخطيرة ، أما القضية الأولى فهي قضية قتل فيها شاب زوج
عشيخته بلا أدنى مبرر حيث كان الزوج عالما بالصلات مستفيدا منها ،
وكان الشاب القاتل هادئا مصمما على الاعتراف بجريمته تصميا أثار الشك ، وبعد
كتابة التقرير المطول مع الزملاء المستشارين في الطب النفسى ، انتهينا إلى أن
المريض مريض رغم فقر أعراضه وتضاربها ، وكنت أتساءل أليس كل مجرم
مريضا ، ألا يكفى دمع إنسان بفقدان الشعور حين تسمح له عواطفه بإزهاق روح
بريئة مقابل قروش أو شهوة ، وعلى النقيض من ذلك أليس كل مريض مسئولاً ،
ليس عن جريمته فحسب بل عن مرضه ولو بصفة جزئية ، أليس هذا هو الاتجاه
الحديث في الطب النفسى أن نُقَدِّم المريض أى فائدة ثانوية يحصل عليها من مرضه
مهما كان نوعه حتى يفشل الحل المرضى فيرجع المريض إلى الصحة بآلامها . .
وتمنيت أن نكتب في التقرير أن المريض مريض ولكن علاجه مع العقاقير هو أن

يتحمل مسئولية عمله رغم مرضه — في السجن — وعرضت هذا الرأي خلسة على أحد الزملاء ، ولكن الزميل اعترض أولا لأن مهمتنا تقتصر على التشخيص وليس على التوصية بالعلاج ، وثانيا لأنها ستصبح سابقة خطيرة قد يساء استعمالها في هذه الفترة من تطورنا العلمي والإنساني ، وثالثا لأنه لا يوجد مرجع يؤيد هذا الرأي .

وسكت على مضض .

لست من العلماء :

أما القضية الثانية فكانت المواجهة فيها حادة وصرخة ، وبرز السؤال عن الصحة والمرض وكيفية التمييز بينهما خطيرا وملحا أمامي وأمام زملائي في لجنة فحص المريض ، فقد كان الرجل في كامل قواه العقلية — لحظة الفحص على الأقل — وكتبنا التقرير مجتمعين بأنه « ليس مصابا في الوقت الحالي بأي مرض عقلي » وإن كنت آمنت شخصيا أنه لم يكن مصابا في أي وقت من الأوقات بمرض عقلي ، ولكن من أين لي أن أجزم ؟ لقد رأيته ثائرا عنيدا ليس إلا ، أراد أن يعبر عن رأيه في حق وظيفي سلبوه إياه ، فاضطر من باب لفت الأنظار ، أن يرسل برفقة يقذف فيها في حق الحكم ، وفعلا تنبه الحكم لحقه المسلوب وساعده على استرداده ، وفي المرة التالية بعد ذلك بسنوات — عادوا وطرده ، فكرر المحاولة بقذف الحكم ظانا منه — نتيجة الخبرة السابقة — أن هذا هو الطريق — وقد اعتبرت أن هذا سلوك طبيعي رغم غرابته — ولكن هذه المرة لم تسلم الجرة — كما يقولون — فقد حووه للطب النفسي ، ربما راقاة به .. واعتبروه مريضا ، وربما كان .

إلى هنا وكل هذه الاجراءات يبدو فيها معنى ما ، ولكن الوقت يمر ، وتطول إقامته إلى أكثر من سنوات أربع في حين أنه لو كان حوكم وأدين لأفرج عنه منذ مدة طويلة .

ويصل الأمر إلى المحكمة ، وتعين المحكمة لجنة طبية - كنت أحد أفرادها -
وتقرر اللجنة بالاجماع - ساعة الفحص - أنه سليم معافى آخذة في الاعتبار
كل الإمكانات من أقوال الأهل والمرضى ، وتأخذ المحكمة برأى اللجنة
وتحكم بالافراج عنه ، ولكن ..

يظل المريض (أو السليم) في المستشفى حتى كتابة هذه السطور .

والقانون - بشكل ما - يسمح .

والطب - بشكل ما - قد يسمح .

وأشياء كثيرة أخرى ، أيضا ، تسمح .

لأنه يوجد في الطب .. والقانون .. والأشياء .. « ربما » .

وأحاول أن أنام دون أن أفكر في هذا الرجل فلا أستطيع بسهولة ، وأقول :

ربما كانت الملاحظة المستمرة التي قاموا بها أفضل من الملاحظة العابرة التي

قننا بها ..

ربما أخفى الرجل عنا أعراضه ..

ربما ظهرت عليه أعراض جديدة ..

ربما .. ربما .. ربما .

ولا تنتهى الـ « ربما » .. ولا تبعد صورة الرجل عن فكري أبدا .

وأذكر نص أقواله التي سردها بالتفصيل ذا كراً الأحداث باليوم والساعة

حين سأله :

- أنت ازاي بتحفظ التواريخ كده ؟

قال في أدب وسخرية معا :

- انا عاذق كده ، متأسف ... لأنه إذا حفظنا التواريخ ... نكتبوا

في التقرير « يحفظ تواريخ لا لزوم لها » .. وإذا ما عرفناش التواريخ يبقى
التقرير « لا يعرف الزمان ... والمكان »

وقلت في نفسي : « صدقت »

ثم أتذكر سؤالاً آخر (بنص ما كتبناه في التقرير)

— إيه رأيك في نفسك ؟

فيردد في ثقة وعلم :

— انا قرئت للفيلسوف ابو الحيان البصرى في باب « علم النفس » إن

الشخص سوى الكامل لم يخلق بعد ، ولكن يقاس الرجل العاقل بالقدر

الأكثر والقدر الأقل ، فاذا كان القدر الأكثر فيه هو قدر العقل وقدر الجنون

هو الأقل فيعتبر هذا الرجل عاقلاً والعكس صحيح ... نفس النظرية هنا ، يعنى :

فيه مريض يعرفه العامة ويعرفه العلماء وفيه مريض لا يعرفه إلا العلماء .

انتهى كلامه بالنص .

ولكن :

ما زال هذا الانسان بالمستشفى حتى تاريخه .

ويتردد في عقله قوله بأنه يوجد مريض لا يعرفه إلا العلماء .. وأحس بأمانة

أنه لا بد أنى لست من العلماء ...

وأقول .. « ربما » .. وتتردد كل الـ « ربّما » السابقة .

وتلح على الحيرة بصورة لم تحدث من قبل واتساءل :

— أين الصحة .. وما هى الصحة ؟

وما هو المرض ؟

وما هو الحق ؟ وما هو الخير ؟ وما هو الانسان ؟ ومتى يأتى الند ؟

وتزيد حيرتى .. وأتهم نفسى بالتصور .

.....

توارد الخواطر :

وحين ذهبت إلى باريس في مهمتي العلمية كان الوقت أرحب ، والمكتبة أكرم ، وكنت مهتما بموضوع « التصوف » وأصوله النفسية ، قرأت عنه كل ما وصل إلى يدي ، وأثناء ذلك كان ينبغي علي أن أحدد الحد الفاصل بين الخبرة الصوفية وخبرة الخلق والإبداع وخبرة الجنون ، والخبرات الثلاث في كثير من الأقوال نوع من النكوص ، والشبه بينها شديد ، ووجدتني أرجع ثانية إلى هذا السؤال نفسه « من هو الصحيح ، ومن هو المريض نفسيا ؟ » .

وأثناء قراءتي عثرت على مقال عظيم لأحد الإيرانيين اسمه أراسته Arasteh نشره سنة ١٩٦٦ في مجلة *Confina Psychiatrica* - وهي لا تصل إلى مصر - وقسم فيها الصحة النفسية إلى مستويات ، وقد كان هذا حلا عظيما جبل أقدامى قف على الأرض في حين ينطلق فكري إلى السماء ، فقد قابلت أثناء قراءتي عن الصحة النفسية ما جعلني أتصور أحيانا أنه لا يمكن أن يوجد إنسان صحيح نفسيا لأنهم كانوا أحيانا يستملون لوصف الصحة النفسية ألقاظا ضخمة فجة مثل « قمة السعادة » « الإيجابية » « النكال » « التلقائية » « الفاعلية الكاملة » « تمام النضج » ، وعلى التقيض من ذلك فقد كنت أجده تعريفات أخرى تنزل بالإنسان إلى مستوى الحيوان حين تصر على اقتران الصحة النفسية بالتشكل مع المجتمع القريب ، فليس المهم هو أن يكون الفرد قاتلا أو قاسيا بقدر ما هو مهم أن يجعل شذوذه مشروعا حتى لو أضر بكل الناس ، لذلك فإن وضع الصحة في مستويات يجعلنا نتصور أنه لا يوجد نوع واحد من الصحة النفسية ، وإنما توجد عدة درجات تختلف من فرد لفرد ومن مجتمع لمجتمع .

ويبدو أن المسألة كانت تلاحقني فعلا ، فقد اشتغلت - بمحض الصدفة -

اثناء مهمتي العلمية مع صديق عالم هو **بير برينتي Pierre Brunetti** وكان رئيساً لوحدة الطب النفسي الاجتماعي في جامعة باريس ورغم أنه كان يكبرني بأكثر من عشر سنوات إلا أنه كان شاباً ثائراً متحمساً ، وفي ثاني مقابلة لي معه عرض عليّ متردداً في تواضع وأدب العلماء أفكاره عن مستويات الصحة النفسية ، وقال هل يهيك الحديث في هذا الأمر ؟ وكأنه وضع مرهما بارداً علي جرح مؤلم ، ولم أقل « طبعاً » فقد كان هذا بديهيًا ، ولكننا انطلقنا نتحدث وتناقش في حماس بالغ وأراني مقالاً له في ذلك الموضوع « تحت النشر » ولما قلت له أن أراسته (من إيران) نشر ما يقابل هذه المستويات سنة ١٩٦٦ لم يثبط هذا من عزمه بل اطمأن أن فكره يسير في الاتجاه السائد في الشرق ، وكان دائم الحنين إلى الشرق ويؤكد أن نصفه (الأموي) الفرنسي من الميدي Midi وأن العرب قد وصلوا هناك ولا بد أن دم أجداده قد اختلط بهم (وكان نصفه الأيوبي إيطالياً) ، ولم يفته أن تنشر مثل أفكاره قبلاً فهناك دائماً إضافة ولو بسيطة في الأفكار ، والعلم يشرق في عقل الإنسان في أكثر من مكان في العالم في نفس الوقت ، لأن الذي يأتي بالأفكار الأصلية ليس مجرد الجهد والإيحاء ، بل درجة تطور الإنسان ، وما دام الإنسان يحتاج إلى فكرة تهديه في مرحلة ما من تطوره فسوف تظهر هنا أو هناك ، صحيح أنها ستحل على عقل من يعطى أكثر ، ويصبر أكثر ولكنها قد تظهر في أكثر من مكان في نفس الوقت ، وأظن أن ظهور نظرية التطور عند داروين وولاس معاً أشهر الأمثلة لمثل هذا التوافق في ظهور الأفكار الأصلية ، وقد ظهرت مقالة برينتي بعد ذلك سنة ١٩٦٩ وكانت الفكرة متشابهة ولكن التفاصيل مختلفة .

مستويات الصحة :

قسم « أراسته » الصحة النفسية إلى المستوى الطبيعي **Natural level**

حيث يعيش الإنسان ككائنٍ حى طبيعى يهتم أساساً ونهائياً بحفظ ذاته وحفظ نوعه،
المستوى البيئى Cultral level حيث يهتم الفرد بعلاقته المباشرة مع البيئة القريبة
من حوله، ثم المستوى البعد - بيئى Transcultural level حيث تعدى اهتمامات
الفرد بيئته القريبة إلى ما بعد بيئته من مستويات الجنس البشرى عامة، أما برينيتى
فتحدث عن صحة الجسم أو الصحة البيولوجية La Santé Biologique وهى
تقوّن على مدى تلاؤم أعضاء الجسم بالبيئة العضوية الداخلية، وصحة النفس
La Santé Psychique التى ترتبط بمدى تكيف الفرد مع مجتمعه للبشر
وصحة الروح La Santé de l'esprit وهى تشير إلى التكيف والتلاؤم مع عالم
الإنسان وما بعد الإنسان مكانياً وزمانياً، وقد أعجبت بكل هذه الأفكار وعاشتها
وسعدت بها لأنها تربط الصحة بالإنسان وارتقائه وليس فقط بالأعراض والمظاهر
وكنت أحس أنى أعرفها من قبل، وقد ظهرت بعض علاماتها فى كتاباتى المنشورة
قبل هذا، ولكن حيرتني لم تقل أبداً، لأن هذه الحلول وهذه القروض، وإن
أوضحت الرؤية، إلا أنها تركنا فى متاهة نظرية لانحسد عليها ما لم تتطور إلى
تطبيقات عملية لتكسبنا أرضاً جديدة يتقدم عليها الإنسان، وهذه الأرض العملية
تأتى من نظرة جديدة للمرض والعلاج، ثم تخطيط شامل لصحة البشرية
ومستقبلها.

فالأفكار موجودة وقديمة قدم الإنسان، ومن أجل تعريفات الصحة
ما صدر عن « هيبوقراط » أبو الأطباء من أن الصحة « حالة من التناسق
الشامل العام » وأن دور الطبيب هو إعادة التوازن بين مختلف مكونات الإنسان
من ناحية، وبين الإنسان والطبيعة بكل ما تشمله من ناحية أخرى.

ولكى يعيد الطبيب التوازن لا بد أن يعرف ما هو التوازن.

وتزداد الحيرة.

وفي حيرتي كنت أتأمل زملائي وأخسدهم على الحلول التي وصلوا إليها ليردوا بها على الأسئلة، وأهم هذه الحلول هو عدم طرح هذه الأسئلة أصلاً، أو ما يسمونه عدم التفلسف، ولكن قلتي ورفضت كانا دائماً معي، فأنا أقبل القليل الذي أتمثله في خلاياي وأسير محملاً بعد ذلك بكل ما لا أجد له جلائها، أنام به وأصحو به أياماً وشهوراً وسنين، ولم أنجح مرة واحدة في أن أفرض على عقلي شيئاً لا يدخل إلى وجداني وكياني في دعة وثقة، ربما أقبله وأستعمله فترة من الزمان لعدم وجود البديل، ولكن عقلي سرعان ما يلفظه فوراً بمجرد أن يجحد بما هو أحسن منه، أو هو يعدله تعديلاً جوهرياً يسمح له بالاندماج مع كياني.

* * *

حقائق أساسية :

وقد خرجت من كل هذه الخبرة بحقائق اعتبرتها أساسية في تطوير مفهومي الصحة والمرض معاً، وظللت أنساءل : ماذا الإنسان في حالة تطور دائم كقرد، وما دام للصحة مراحل ومستويات، فهل يمكن أن ترتب الأمراض النفسية في مستويات مقابلة؟ وكيف يمكن ربط أسباب الأمراض النفسية البيئية والوراثية بهذه الحركة التطورية سواء للوصول إلى مستوى أرقى من الصحة النفسية أو مستوى أخطر من المرض؟ وكيف تجد العلاجات كلها : كيميائية أو نفسية أو كهربية مكانها على سلم التطور؟ وفي محاولة للإجابة على هذه الأسئلة كتبت مقالا عن «نحو مفهوم تطوري للصحة النفسية» وكنت حينذاك ما زلت في باريس وكان المقال الأصلي باللغة الإنجليزية، وحين قرأه صديق يبير قال لي «ماذا تريد أن تقول؟» قلت «ما قرأت» قال «لا... ينحيل إلى أنك تريد أن تقول

منشأ أكبر .. وعليك ان تهب حياتك لهذا الشيء حتى تقوله كاملا » وحين قلت له « ما ذا تظن هذا الشيء ؟ » قال « ستعرفه يوما » — ولم أنشر هذا المقال الأصلي لأن الأفكار تلاحت بعد ذلك وأنا أحاول تطبيق الفرض الذي احتواه المقال حتى كدت أحس أنه أصبح قديما ناقصا قبل أن ينشر ، وخاصة فيما يتعلق بتقسيم الأمراض ، ولكن صديقي الأستاذ الدكتور عمر شاهين الذي قرأ المقال عقب عودتي من فرنسا واعتبره نظرة فلسفية ، عاد فطلبه مني هذه الأيام لينشره في العدد العلمي لمجلة الصحة النفسية سنة ١٩٧٢ ، مما جعلني أعيد كتابته بالعربية ، ثم أقرر في آخر لحظة أن أضمنه هذا الكتاب « ملحقا » به ان يريد ان يقرأ تفاصيل الموضوع .

أما مجمل فحواه فهو أني أيقنت أن المرض النفسي (الوظيفي) يتعلق تعلقا مباشراً بالرؤية والإدراك ، رؤية الانسان نفسه ، وإدراكه واقعه ومجتمعه ، ووجدت أن فقد التوازن — أو التوازن الخاطئ — الذي هو المرض النفسي إنما يحدث نتيجة لمزيد من العمى أو مزيد من الإبصار ، وحتى المزيد من العمى هو دفاع ضد الإبصار ، لأنه خوف من الرؤية المهددة ، فائناء الغارات يمكن ان تخفى الاضاءة اما بالإطفاء او بلبصق الأوراق الزرقاء على المنافذ ، كذلك إذا هدت الانسان رؤية مزعجة فإنه قد يزيد من حيله الدفاعية التي يزيد بها عمى يصل أحيانا لدرجة المرض .

إذا فالصحة النفسية هي تناسب درجة الرؤية مع تحقيق مطلبها

فما هي المستويات المتتالية حسب مراتب الصحة ومراتب المرض ؟

إن هذه المستويات ينبغي أن تقوم أساسا على حقيقة أن الإنسان كائن متطور ، ليس في نوعه فحسب ولكن في حياته كفرد أيضا ، وهذه حقيقة قديمة

موجودة في كل حياة وأعمال رواد الفكر والمبدعين ، وتطور الانسان متعلق بنوع في حياته ، وقد وجدت — مثل غيرى — أن للرؤية درجات ، وللصحة مستويات ، ولكن فضلت النظر من زاوية متصلة اتصالاً مباشراً بالطب النفسى ، فرأيت الرؤية على ثلاث مراحل .

الرؤية ومداهما :

أولاً : أن نرى مظهر حياتنا ونعمض الأعين عما بالداخل ، ونستمر ندافع عن أنفسنا وقيمنا الاجتماعية أكثر مما نسعى إلى معرفة داخلنا أو إطلاق طاقاتنا ، وقد وجدت أن هذا المستوى من الرؤية هو ما يتصف به — للأسف — أغلب الناس وخاصة في المجتمعات البدائية والتقليدية والمتخلفة ، وسميت ذلك تطورياً « المستوى الدفاعى » للصحة ، حيث تقاس الصحة بمدى العشى النفسى الذى يتمتع به الفرد ، ويكون الانسان على ذلك صحيحاً « إذا كان مثله مثل الجميع ، يكسب لقمة العيش ويقتنى من الأشياء أكثر ما يستطيع ، يملأ بطنه وتلذذ حواسه وينام ، وتنتهى آماله فى الأغلب عند السر والتباهى بما يملك » وهذا ما يمارسه الغالبية العظمى من الناس .

ثانياً : ان نرى حياتنا من الداخل والخارج ، ونفهم أكثر ، ونعرف بعض تغيرات تصرفاتنا ، ثم نرضى بذلك كله ويهدأ بالنا لأننا نعرف أكثر ، وقد سميت هذه المرحلة « المستوى المعرفى » أو العقلى نسبة إلى أن الرؤية فيه هى رؤية عقلية وليست بصيرة صوفية ، ولا ينقل المعرفة إلى مستوى البصيرة اتساع دائرة المعلومات أو مزيد من الشهادات والدراسات ، وإنما العمق الانسانى والعاطفى هو المميز الأول للمرحلة التالية ، وربما يتوقف عند هذا المستوى كثير من المثقفين ،

وآسف أن أقول وكثير من العلماء والمفكرين والفلاسفة ، فقد نما عديم العقل حتى استولى على كيانهم كله، وربما كان التوقف عند هذه المرحلة هو سر ما يسمى «بأزمة المثقفين» حيث تحل الثقافة محل الحياة، وتحل المعرفة محل البصيرة، ونستطيع أن نقول عن الإنسان في هذا المستوى أنه صحيح إذا كان « يتمتع بالراحة ويعرف كيف يرضى نفسه ويساير من حوله ، يقبل الوجود ويتمتع بالمكن ، يذهب إلى عمله ويمارس هواياته وقد يسخط أو يقرأ أو يحاضر ، وهو يزهو بطلته ومعرفته .. ويرضى » وهذا المستوى يمارسه عدد أقل من الناس وهو أفضل تطوريا من سابقه .

ثالثا : أن نرى أنفسنا من الداخل إلى أبعد مدى ، حتى نرى الإنسان بكل تاريخه ومسئوليته وتطوره ، فنحن في هذا الموقف نرى الماضي والمستقبل معا ، ولا نكتفى بالراحة والرضا عند مستوى المعرفة ، بل إن هذه الرؤية قد لا ترعبنا أصلا بقدر ما تخلق بالنا وتثير كافة إمكانيات الثورة والتغير فينا ، ويصبح هدف حياتنا أن نطور أنفسنا ونطور الحياة من حولنا في كل مكان وليس مجرد الحصول على المتعة أو التوازن أو اللذة أو الفهم ، وقد سميت هذا المستوى « المستوى الانساني » أو « الخالقي » إشارة إلى أن الإنسان يمارس فيه إنسانيته بكل أبعادها ، ويكون هدفه الأول أن يخلق الجديد سواء في نفسه أو في غيره أو في الفن والفكر الأصيل ، وقد رأيت أن هذا المستوى هو غاية تطور الإنسان كنوع والانسان كفرد ، ويكون الانسان صحيحا في هذا المستوى « إذا أصبح فعلا للتغير ، وامتد معنى التكيف عنده إلى الاهتمام بوجوده زمانيا كمرحلة من النوع البشرى تصل الماضي بالمستقبل ، ومكانيا كفرد من البشر في كل مكان ، وأصبحت راحته لا تتحقق إلا بأن يساهم طويا في

التطور وعرضيا في مشاركة الناس آلامهم ومحاولة حلها بالتغيير والعمل الخلاق ،
ولم يخل كل ذلك بحياته اليومية ، ولم ينتقص من قدرته على كسب عيشه مثلا أو
تكوين أسرة ورعايتها « وهذا ما يمارسه — للأسف — ندرة من الناس .

* * *

كلهم أصحاء :

وقد رأيت أن هذه الدرجات المتتالية كلها تمثل الصحة النفسية بشكل أو
بآخر ، ولم أعد أسمح لنفسى أن اتهم من يتمتع بأى مستوى منها بالمرض ، فكلهم
أصحاء رغم اختلافهم الشاسع ، وبديهي أن الصحة تقاس فى كل مستوى بمدى
تحقيق الأهداف التى أتاحتها درجة الرؤية ، وبديهي كذلك أن هذه المستويات
ليست محدودة وليست منفصلة عن بعضها البعض تماما ، وإنما يمكن اعتبارها المحطات
الرئيسية التى يحقق فيها الانسان الفرد أثناء تطوره درجة كبيرة من التوازن ، أو
أما الصورة الكاملة — نظريا — لكل مرحلة ، أما فى الواقع فإننا نجد درجات
متنوعة من الخلط بين المستويات الثلاث (والتفاصيل فى الملحق) .

معانى اللفاظ :

إلا أنى أحب أن أشير هنا إلى أن مقاييس الصحة النفسية فى كل مستوى هى
التكيف والعمل والرضا ، إلا أن معانيها تختلف ، وترتيبها كذلك ، مما يعنى أن
لكل مستوى مقياسا أساسيا لا بد من أن يتحقق أولا ، وأن سائر المقاييس
تتبعه وتنسب إليه وترتبط به ، وهذه المعانى المختلفة للفظ الواحد تختلف بدورها عن
المعنى الشائع ، وهذا تجاوز لنوى اعتراف به ، ولكن ما دام اللفظ أصبح متعدد
المعنى فلا بد أن نحدد استعمال المعانى حتى نختار ألفاظا جديدة توفى بالغرض قصيلا .

ولأضرب لذلك مثلاً توضيحياً عن معنى لفظ واحد من الثلاث ، ويكون القياس بعد ذلك سهلاً ، ولأختار لفظ « العمل » وهو أكثر الألفاظ الثلاثة شيوعاً : فالمعنى العادى للفظ العمل : هو ما يتعلق بالوظيفة الأساسية أو الإنتاج الغالب ، وهذا المعنى هو المستعمل فى المستوى الدفاعى — وهو أدنى المستويات — إلا أنى زدت عليه معنى آخر لنفس المستوى وهو اقتناء ممتلكات رمزية والتجاهى بها ، بكل ما يسبق ذلك من خطوات ويلحقها . فى حالة « النوات » وأولادهم — وهم ما زالوا فى مجتمعنا تحت اسم مختلف — ، وفى طبقة الزوجات العاطلات ، جعلت هذا الاقتناء عملاً أساسياً ، فالزوجة العاطل لا بد أن تعمل شيئاً ما بعيداً عن ساعات السرير ، فهى تقتنى الرمزيات وتنشغل وتشكّر بها ، وتغار من مثيلاتها عند الصديقات ، وهكذا تبرر حياتها ، لهذا يمتد معنى العمل فى هذا المستوى إلى هذا النوع من النشاط . أما فى المستوى العرفى فقد أضفت إلى هذين المعنيين ممارسة هواية أو رياضة (فى حين أن التعريف التقليدى لهذا النشاط يضعه ضمن اللعب) ، أما المستوى الخالق فإن العمل فيه لا بد أن يكون عملاً مغيّراً ، وهو يعنى أن الإنسان يخلق ذاته باستمرار ويساعد فى خلق أطفاله أحراراً ، ولا يقتصر على الإبداع الفنى مثلاً ، بل إن هذا الأخير ليس بالضرورة مرادفاً لهذا المستوى من الصحة إلا لحظة الإبداع ، أى أن الحياة فى هذا المستوى هى الإبداع ذاته حيث تكون الحياة فناً ولا يكون الفن بديلاً عن الحياة .

وقد أطلت فى عرض تفسير معنى الكلمة توضيحاً للصعوبة التى تواجهنا ونحن نستعمل الألفاظ وتتصور أننا أعفينا أنفسنا من التفكير فى معانيها ، مما يترتب عليه هذا الخلط والارتباك مثل ما نحن فيه تجاه الصحة والمرض ..

وأريد أخيراً فى هذا المختصر أن أوضح أساس القرض الذى وضعت وهو أن

الإنسان يولد وعنده وسائل وإمكانات للحصول على الصحة النفسية على أى مستوى من المستويات الثلاثة ، وأنه تبعاً لقهر المجتمع من ناحية ، وقوة الطاقة التطورية الموجودة فى خلايا كل فرد من ناحية أخرى يتحدد المستوى الذى يصل إليه خلال حياته للحصول على التوازن ، أى على الصحة النفسية ، ولكن الفرد الذى يحقق توازنه بالمستوى الأدنى قد يكون عرضة فى أى وقت من الأوقات لرؤية جديدة أو إثارة حادة تخل توازنه ، فيحاول الانتقال إلى مرحلة أرقى بما يصاحب ذلك من أعراض ومخاطر ، وبما أنى هنا أكتفى بعرض حيرتى دون تفاصيل هذا المفهوم فإنى أكتفى بهذا السرد السريع معتذرا عن التفاصيل ، ثم أستطرد فى التفكير المسموع لأبسط للقارىء هذه المفاهيم الواردة فى هذا العرض حتى لا تضلله الألفاظ والمصطلحات فأقول : إنه رغم اعتقادى بأن جميع المستويات تمثل الصحة فإن ذلك لم يمنع جزءاً من عقلى أن يسمى هذه المستويات المتتالية أسماء ساخرة قارصة ، فقد خطر على بالى أن أسميها كالتالى :

المستوى الأول : الصحة بالعمى « الحيسى » .

المستوى الثانى : الصحة بالامتناء العقلى .

المستوى الثالث : الصحة بالتطور الإنسانى .

ثم أجمت زمام عقلى حتى لا أرجع فى كلامى ، وحتى أحترم كل المستويات ، فلم يهدأ ، وعرض على أسماء أخف وإن كانت ساخرة أيضاً فسماها :

المستوى الأول : « أنا لا أرى لا أسمع لا أنكلم » .

المستوى الثانى : « أنا عارف .. لكن .. أنا مبسوط كده أنا مرتاح كده » .

المستوى الثالث : « أنا موجود .. أنا متغير .. أنا غير » .

وقلت ثانية اللهم أخذك يا عقل :

وكتبت المقال العلمى المنظم المؤيد بالتاريخ والأسماء والأسانيد (الملحق) .
وهدأت حيرتى بالنسبة لهذا التساؤل عن الصحة والمرض ، وبذلك اتضحت رؤيتى
لا للصحة والمرض فحسب ، بلى لعديد من المشاكل أجدنى مضطراً لذكر بعضها
فى هذا الموجز على الوجه التالى :

١ - رأيت أولاً أن الناس يتمتعون بدرجات مختلفة من الصحة النفسية ،
ولا أستطيع القول أن هذا أفضل من ذاك ، كطبيب ، لأنى مشغول عن المحافظة على
الصحة أساساً فى كل مستوياتها ، وإن كنت كإنسان أهدف إلى تنمية المستوى
الخالقى وإلى المحافظة عليه ، وكان التعارض بين صفتى كطبيب وصفتى كإنسان
هو من أهم معالم حيرتى وخاصة فى مواقف العلاج ، وكان على الطبيب أن يتساءل
بادئ ذي بدء فى أى مستوى من الصحة كان المريض وإلى أى مستوى هو
ذاهب ، وأى طاقة يحمل وأى إمكانيات متاحة ؟ وهل يقدر ؟ ثم يرسم خطة
العلاج ..

وكان على الإنسان - فى داخلى - أن يتمنى للطبيب والمريض التوفيق على
كل حال .

٢ - رأيت الإنسان حين تزداد رؤيته بالصدقة أو بالإثارة من الخارج أو
باندفاع قوة تطوره أثناء التغيرات البيولوجية (فى المراهقة مثلاً) أو حين يفشل المستوى
الذى يعيش فيه عن تحقيق أغراضه ، . أيته نتيجة لأى سبب من هذه الأسباب
فى أزمة حقيقية ، وأحسست أننا نظلمه إذا سميناها مرضاً ، فإنما هى « أزمة تطور »
وما هو إلا تأثر على الطريق .. إلا أن يفشل أو يرتد .. فنسميه حينذاك مريضاً .
وحين قال نجيب محفوظ فى قصته « الشحاذ » ، التى قمت بتحليلها تحليلًا سطحيًا حين كان

فكرى سطحياً، في كتابي «حياتنا والطب النفسي»، حين قال على لسان «عمر» في أزمة تطوره «لا بد من شيء... الشيء أو الموت أو الجنون» إنما كان يعنى بذلك الشيء - من خلال رؤيتي الآن - التطور.. إذ لا بد من التطور أو الموت أو الجنون، ذلك التطور الذي رآه في تجربته الصوفية في الصحراء.. رأى عينة منه ثم لم يحظ بعد ذلك به أبداً (راجع «الشحياذ» أو نقده في كتابي «حياتنا.. والطب النفسي» إذا شئت).

٣ - بذلك رفضت أن أساوى بين من يرفض ليرتقى ويكمل تطوره، وبين من يهزم على الطريق ويتحطم أو ينتكس إلى مستوى أدنى، وبذلك يصبح من يأتي للاستشارة واحداً يعاني «أزمة تطور» وآخر «مريض»، وفي الفصل الخاص بالعلاج سوف أرجع لبعض هذا الحديث.

٤ - رأيت لماذا يتميز الطفل بالقدرة على الخلق أكثر من غالبية الناضجين، ذلك لأن الناضج - في الغالبية العظمى - يلجأ تحت تأثير المجتمع إلى تنمية المستوى الدفاعي أو المعرفي على حساب المستوى الخالقي، فيقضي بذلك على الإمكانيات الفطرية الخالقة طلباً للسلامة، واحترمت اتجاهات تنمية الفكر الخلاق عند الأطفال بكل الوسائل ولو على حساب التكيف والتشكل.

٥ - عرفت الفرق بين الفن كبديل عن الحياة، وبين الحياة كفن، صلبها وتاجها العمل المغير.. الذي بعض صورته الإبداع الفني المعروف.

٦ - رأيت مخف اهتمام التحليليين التقليديين بالمستوى المعرفي على حساب ما بعد ذلك - وإن ادّعوا غير ذلك، وإن انطلق المحدثون منهم إلى آفاق إنسانية أبعد وأرقى - إلا أنهم ما زالوا يهتمون بـ «لماذا» أكثر من «إلى أين» والـ «أين» ليس هو التعويض الذي تحدث عنه «أدler»، وإنما هو التطور الإنساني الخالق.

كانت هذه حيرتى أمام هذا السؤال القديم «من هو الصحيح نفسياً ومن هو المريض» ، وكانت هذه محاولاتي للإجابة عنه ، تلك المحاولات التي أصبحت بعد ذلك جزءاً من كل متكامل .. هو ما أمهد له في هذا الحديث .

وأخيراً ، فإننى أكرر اعتذارى عما ورد في هذا الجزء من إجمال (لمن لن يقرأ الملحق) وعما ورد فيه من تكرار (لمن سيقراً الملحق) وقد شرحت وجهة نظرى على كل حال ... فليقبل القارىء عذرى ، أو ليلعن سخفى إن شاء .

* * *

الفصل الثاني

الوشم بالتشخيص

« الحياة قصيرة ...
والطريق طويل ...
والفرصة لا تنتظر ...
والخبرة تحمل الصواب والخطأ ...
والحكم هل الأمور صعب ... »

« أبو قراط »

منذ بدأ اشتغالي بهذا الفرع من الطب ، وأنا أجذبني أتلقي بالإنسان المريض دون القوص في أعراضه ، أفهمه وأساعده وأحبه دون أن ألزم نفسي بتسمية ما يعاني أسماء خاصة ، ولكنني في كل حال كنت أضطر إلى ذلك من باب الروتين مرة ، ومن باب الخوف من الرؤساء مرة ، ومن أجل ملء الخانات لتغذية الوحش الإحصائي مرة ثالثة ، وكان ذلك يحدد الأمور بشكل ما . .

وتصير لغة . .

ولكن - للأمانة - أقر وأعترف أنني كنت ضعيفا في هذا المجال جداً ، وحتى الآن ، كنت لا أستطيع في معظم الأحيان أن أترجم أقوال المريض ومشاعره إلى أعراض ، ولعلني بنقطة الضعف تلك حاولت ، في عملي الخاص فيما بعد ، أن أضع في ورقة المشاهدة الخاصة بالرؤى هامشاً طويلاً بجوار الكلام الذي أكتبه من المريض مسترسلاً ، حتى أعود فأترجم في الهامش كلامه عرضاً بعرض وألزم نفسي بذلك ، وأكتشف بعد سنوات أن هذا الهامش ظل أبيض من غير سوء في غالبية أوراقى ، وقد حسبت أن ذلك جميعه نقص في مرأى أو خبرتى وقد كانت ناقصة فعلاً . . وما زالت . . ولكنني استمررت في ممارسة المهنة بنجاح نسبي - حتى تاريخه على الأقل - وكانت مشكلة تحديد الأعراض تزداد معى لا تنقص . .

وصاحبت مشكلة تحديد الأعراض مشكلة ألن هي تصنيف الأعراض إلى « أمراض » .

وكان أستاذى الدكتور عبدالعزيز عسكر يعلمنا صغارا أننا لا نشخص المريض عند الدخول إلى المستشفى وإنما عند الخروج أوحى بعد الخروج أوحى . . أبدأ ، وأن تغيير التشخيص ليس عيباً فزعنا ، بل ربما هو ميزة إذ أنه يعنى أن الانسان - سليماً كان أم مريضاً - كيان متغير باستمرار ، وقد كنت أشك في ذلك الوقت أن أستاذى

يطيب خاطري ويهون عليّ حتى لا يفجئني في تشخيص خاطيء... ولكنى بعد أن واصلت السعى قرابة خمس عشرة سنة وجسدتها هي هي مشكلة المشاكل « التشخيص » .

الحالات البين بين :

ويكفي في هذا المجال أن نعلم أن الحالات الـ « بين بين » Border-line cases تمثل في كثير من العيادات - وخاصة عيادات المراهقين - أربعين إلى ستين في المائة من الحالات ، وكلمة « بين بين » تعني الحالات التي تقع بين العصاب والذهان (والعصاب هو ما يطلق عليه الناس الأمراض النفسية ، والذهان هو ما يطلقون عليه الأمراض العقلية ، وهذه قرقة لها شأن آخر سوف يقضى عليها حتما ليحل محلها ما هو أبقي وأكثر نفعا ...)

ويكفي أن نعلم أيضا أنه ثبت أن حوالي ١/٤ الحالات التي تتردد على العيادة النفسية في أكثر من مركز من مراكز السلام تحمل تشخيص « ماليس كذلك » يعني « مرض نفسي آخر غير مشخص » ، ونحن لا نستعمل هنا هذا التصنيف بنفس الشجاعة ونفس النسبة ، ربما لأننا أكثر علما وأكثر دقة (!!) .

١٠ فاعندى « إيه » يا دكتور ؟ :

وكانت مشكلة التشخيص تلح عليّ بحدة أكثر في المحاوراة مع الأصدقاء المرضى حين يسألني أحدهم « أنا عندى إيه يا دكتور ؟ » وأحترار في الرد ، ويظن أنى أخفى الاسم لأن ما عنده مرض خطير ليس كئله شيء ، وأجدنى أقول « أنت انسان تعاني ... أما الأسماء فلن تقدم ولن تؤخر » .

وفي مرة جاءنى صديق صاحبتة على الطريق سنوات ، ثم حدثت بيننا فرقة

مؤقتة في المكان والعلاقة ، وبدأ يرعاه زميل آخر في مكان بعيد عني ، جاءني هذا الصديق المريض في يوم ما يطلب قهراً عن حالته ، وسأله : ماذا أكتب لك ، وماذا سيفهم زميلنا من رحلتنا معا طوال سنوات من خلال مطور أو الفاظ معدودة ؟ هل أكتب له تشخيصاً يرجع إليه في كتبه ليعرفك أكثر أم يجهلك أكثر ؟ هأنذا أمامه ، أنا لا أعرف بالنسبة لك لا تشخيصاً ولا إسماعير إسمك ، بل حتى إسمك قد لا يعني جوهرك ، فلنحدد الهدف من التقرير ثم نناقش ، ومع ذلك ، ولظروف مهنية وأدبية وجدتي ملزماً بأن أكتب قهراً كان هذا نصه « فلان إنسان يعاني . . . وهو يقاوم الموت والضياع بكل ما أوتي الإنسان من خير وشر » واعتبرت ذلك تشخيصه فعلاً . . ، وأخنت أنساءل ماذا تنفع التشخيصات إذا وصلت العلاقة بين المريض والطبيب هذه الدرجة من القهم ؟ .

وهذا السؤال « أنا عندي إيه يا دكتور ؟ » سؤال له مبرراته في المعاملات الرسمية والتقارير ، ولكنه كثيراً ما تكون له خطورته في غير ذلك ، لأن عديداً من المرضى يتخذونه وسيلة للهرب ، يعلقون الالفة فيستشري المرض ، لأن المريض يستعيز عن ذاته بهذا التشخيص أو ذاك ، وكأنه وضع الحاجز بينه وبين الطبيب يحتمى وراءه من الشفاء ، بل كأنه خلع عن نفسه مسئولية الحياة السليمة ، وهي مسئولية عظيمة ولكنها - لأمر ما - صعبة .

وقد صاحبتني هذه المشكلة - مشكلة التشخيص - منذ أول ممارستي لهذه المهنة ، وربما كان الذي غذّاها منذ البداية هو صدق أستاذي الدكتور عبد العزيز عسكر وعلمه ، فكم من مناسبة يقف فيها محتاراً أمام مريض ما ، يقول ربما

كان هذا القلق ليس مجرد « قلق » ، أو ربما أخفى « الأكتئاب » وراءه فصاماً ، وكانت « ربما » هذه تؤمننى إلى درجة الصديق الذى أسمعه ، وتورقنى مع مزيد من التساؤلات التى تدور فى عقلى .

الحكمة :

وكنت بعد ذلك فى الاجتماعات العلمية بقسم الأمراض النفسية بكلية الطب . قصر العيني ؛ من أنصار تشخيص يبدو غريباً نوعاً ما هو الذهان الكامن Latent Psychosis أو « الفصام الكامن » Latent Schizophrenia وكان أغلب زملائى يهاجموننى لذلك أشد الهجوم ... لأن الشئ الكامن ليس ظاهراً ، فكيف يصبح تشخيصاً . فما علينا إلا أن ننتظر حتى يظهر ، وكنت أجيب وأنساءل فى نفس الوقت « وإلى أن يظهر ... هل نعالجه على أنه حالة قلق عادية مثلاً لجرد أن ظاهرها هو القلق ؟ » ويقول بعضهم « نعم .. حتى يثبت بالدليل القاطع والبرهان الساطع أنه فصام أو ذهان عما تدعى » وكنت أرفض أن ننتظر الدليل القاطع والبرهان الساطع وكأننا فى محكمة ، وكنت فى نفس الوقت التمس العذر لزملائى الذين تعودوا على التحديد من دراستهم الطبية دون تنمية القدرات الحدسية لقهم الإنسان كإنسان له أبعاده العميقة (ولا أغنى بأبعاده العميقة مجرد اللا شعور القرويدى بل تمتد الأعماق إلى أجدادنا بين الطحالب مثل فكر يونج - مع التحفظ -) .

لم أكن أستطيع أن أتصور أبداً أنه يمكن تجزئة الإنسان إلى قطع فاسدة وأخرى سليمة ، ثم نجمع القطع الفاسدة بجوار بعضها البعض والقطع السليمة بجوار بعضها البعض ، ثم نرى القطع الفاسدة أقرب ما تكون إلى أى الأشكال التى اعتدنا رؤيتها ، ثم نطلق عليها اسم « كذا » ويهدأ توترنا بعد أن نصل إلى غاية المراد من

رب العباد . . . هذا مستحيل ، وهذه الطريقة التي رفضتها منذ البداية هي نفس
الاعتراضات التي أثارتها مدارس الفلسفة الظاهرية Phenomenological
والوجودية Existential في وجه الطب النفسي التقليدي ، ولكنني عشت
التجربة قبل أن أعرف كل ذلك .

وكان منظرنا ونحن نعقد الاجتماعات العلمية لفحص حالة ومناقشة الصعوبات
التي تقابلنا ومحاولة الاتفاق على تشخيص ، ثم علاج ، يشعرني أحيانا أننا في ساحة
محكمة ، وأن وكيل النيابة « الزميل الذي يقدم الحالة » يقرأ اعترافات المتهم
« المريض » ، وتتضخم الصورة في خيالي ، فأزيد عليها من الرقوش ما يجسمها
مسرحية قضائية ، نسأل الزميل (وكيل النيابة) :

— هل قال المريض (المتهم) كذا ؟

فيقول :

— نعم قال .

فنسأله .

— هل سمعته أنت شخصياً بأذنك يقول هذا « بعظمة » لسانه ؟

فيقول :

— أي والله أنا أقول الحق ولا شيء غيره .

ثم تأتي بعد ذلك أقوال الشهود لتؤيد أو لتنتفي كلامه (ونسميهم في الطب
النفسي « المراقق » وأحيانا « المبلغ » ! !)

وينصب اهتمامنا جميعا على ترجمة الأقوال إلى أعراض ، والأعراض إلى

أمراض ثم يخرج التهم ، وترفع الجلسة للمداولة ، وتحمل المناقشة ، وأحيانا يؤخذ رأى المحلفين (طلبة الدراسات العليا والزملاء الأصغر) ويصدر الحكم تعليق لافتة « كذا » على قفا المريض أو على وجهه .

ثم أفيق من خيالي قليلا ونحن نكتب التشخيص على أوراقه ، وقد يصدر الحكم مع النفاذ . . . فيبدأ المريض في العلاج تبعاً لما هو مكتوب على قفاه - أعني في أوراقه - وقد يؤخذ بالرافة فتؤخذ أعراضه في الاعتبار - وقد يصدر الحكم مع وقف التنفيذ حيث يكون التشخيص غير نهائى . . . وليس علينا إلا أن ننتظر .

وأفيق من خيالي لأن ما يحدث في العلاج كان يسير في اتجاه طيب بالرغم من التشخيص ، إذاً لماذا التشخيص ؟ بل لقد بلغ الأمر بزميل عالم أنه كان يشخص الحالة بعلاجها ، يعنى يقول هذه « هستيريا عادية » وتلك « هستيريا ستيلازينية » أى التى تعالج بعقار اسمه ستيلازين مثلاً ، وكان يقولها من باب الفكاهة ، ولكن المعنى وراءها ليس فكاهياً بحال ، لأن العقار الأخير يعالج الذهان ، وكان هذا النوع أقرب إلى الذهان ، وكأن مجرد التشخيص قاصر عن توجيه العلاج ، وعموماً وللاطمئنان فإن العلاج عادة يسير حسب « حشيات الحكم » وليس حسب منطقته ، إذاً . . ما جدوى التشخيص ؟ ربما خلق لغة مشتركة ، ورغم أن الرد يبدو بريئاً إلا أننا فى الواقع العملى نجد أن طريقة الدراسة وطريقة التفكير وطريقة المناقشة تركز تماماً - رضينا أم لم نرض - على التشخيص حتى يصبح فى النهاية هو مركز الاهتمام ويحل محل كل عمق آخر ، هذه حقيقة ظلمتنا بها طريقة تربيتنا وتركيب تفكيرنا ، والتشخيص يؤثر لا محالة فى الصورة التى تنطبع فى الأذهان ، وفى توقع شفاء المريض ، وفى سير العلاج وخصوصاً

في الحالات الكامنة .

والشهادة لله أني كنت أخسر المعارك الكلامية في تشخيص ما هو « كامن » لأنه « كامن » ولأننا ليس عندنا القدرة على رؤية هذا الكامن، ولكن خسارتى للمعارك الكلامية لم تغير نظرتى أبداً لهذا الإنسان الـ « بين بين » ، ولا هزت إحساسى بنوع معاناته وعمق مشكلته . . كنت أحس بها أعمق من مجرد القلق الصراعى ، ومحاولة التغلب عليه ، كنت أحس أن هذا الاضطراب الكامن يتعلق بمشكلة وجود المريض ذاته وليس بطريقة تكيفه ، وكان كل الزملاء يتحدثون عن هذا الشعور الحائر بصورة أو بأخرى :

« هذه حالة قلق . . . ولكن . . . ! ! . . . »

« لا بد من القول بأن هناك شيئاً ما . . . أخطر »

« ما علينا إلا أن ننتظر . . . ربما يتبين الأمر فيما بعد » إلى آخر هذه

التعليقات الصادقة .

ضد الطب النفسى :

وقد كانت هذه المشكلة التى مثلت لى حيرة شخصية هى مشكلة المشاكل فى الطب النفسى على كل المستويات ، ولعل أول من أشار إلى عدم أهمية التشخيص هو هنريك نيومان Heinrich Neumann سنة ١٨٦٠ الذى أعلن أن الطب النفسى لن يتقدم إلا بإلقاء كل التشخيصات جانبا ، ثم ألمح إلى ذلك كارل ياسبرز Karl Jaspers ، ثم تمثلت هذه الفكرة فى كثير من الأفكار الحديثة وخاصة من مدارس الظواهرين والوجوديين ، مثل كتابات لانج Laing وكوبر Cooper القاسية الصريحة ، وكل الكتابات التى تنشر فى أمانة وثورة تحت عنوان « ضد الطب النفسى » Antipsychiatry تتجه إلى تحطيم هذا الصنم ، وكل من مارس الطب النفسى بأمانة اجتاحتها رغبة فى يوم ما أن يحطم

هذا الصنم ، ولكن التحطيم وحده لا يغنى شيئاً بل قد يزيد الأمر تعقيداً .
وأنا لا أتناول هذا الموضوع بأسلوب البحث العلمى وإنما بتاريخ تطور
فكرى ، وإن كانت هذه المشكلة قد مثلت شغلى الشاغل من أول ما بدأت
التفكير فى شيء اسمه البحث العلمى ، فقد كانت بعض موضوع رسالتى للحصول
على درجة الدكتوراه فى الطب الباطنى فرع الأمراض النفسية ، إذ كان الدافع
الأساسى لاختيار موضوع البحث هو إزاحة الستار عن هذه الحالات الكامنة .

الطرق المساعدة والبديلة :

وكانت هناك طرق تساعد على التشخيص منها « التشخيص بالإثارة » أى
أننا تثير الأعراض الكامنة ببعض المقاقير حتى تكتمل الرؤية ، ومنها التشخيص
بمساعدة « الأقيسة النفسية للشخصية » ، وقد كان يحى عبارة عن تزاوج بين
هاتين الطريقتين للوصول إلى حل . .

ولم أصل إلى حل . . . بل زاد شكى وقلقى ، فالاختبار الذى استعملته وهو
اختبار الشخصية المتعدد الأوجه فشل أن يصبح مساعداً على التشخيص بل إن
فشله قد ألجأ بعض المشتغلين به أن يرمزوا برموزه بديلاً عن التشخيص ، فبدل
أن يقال فلان عنده فصام مثلاً يقال فلان رمزه ٢٩،٧ . . . الخ ، وهذه عينة
تدل على الحيرة البالغة تجاه هذا الأمر الذى يحسبه الناس من البدهيات .

وخرجت من البحث بعدد من علامات الاستفهام ، وعندنا فى الطب
وأثناء التحضير لهذه الشهادة تكون قيمة البحث فى مجرد السماح بالدخول
لامتحان الشهادة ، وهو امتحان عجيب رهيب والىاذ بالله ، ولكن البحث
فى حد ذاته - بالمقارنة بالكليات والأقسام النظرية - ليس كافياً للحصول على

الدكتوراه ، وخرج البحث بالجدول والأرقام ودخلت الامتحان وحضلت على شهادة مزر كشة (كما يقولون فأنا لم أستلمها حتى الآن ولن أفعل) وكل ما استفدته من هذه الخبرة هو أن المريض حين يتعرض بالعقار الذى كنت أستعمله للآثاره يصبح أقرب إلى .. وبالتالى تتمرن حواسى على القهم أكثر ، كان هذا كل ما فى الأمر ، أما نتائج هذا البحث فلم تقدم ولم تؤخر فى علمى شيئا (كما سيرد ذكره) إلا أنى ازددت علما .. بجهلى ..

وحين بدأت الممارسة على نطاق أوسع لعدة سنوات فى عملى الخاص ، وكنت أقابل شخصا مميّزا أو فنانا كنت أحجل وأتردد فى أن أضع له تشخيصا وأحس أن هذا « وشم » مخيف لا معنى له ..

ورغم هذا كله فقد كنت أفترض أنما النقص فى قدراتى أنا شخصا لسبب أو لآخر .

فى الخارج :

ولكن مرت الأيام وقرأت ومارست وبجئت ، ولم يشف غليلى شيء ، وقلت لابد أن هذا النقص لآتى لم أسافر بلاد برّيه ، ولكن ها هو ذا أستاذى الأمين الذى سافر وصبر وصابر ما زال يمارس مثل حيرتى ، ولكن .. ربما كان الحل ما زال فى بلاد برّه .. ، وخاصة أن بعض زملائى الذين عادوا من بلاد الانجليز كانوا أكثر تحديدا - وإن كانوا أقل تجديدا - وبالتالى أكثر علما ، وأقل حيرة .

ثم سافرت فى مهمتى العلمية إلى فرنسا ، وكان برنامجى لحسن الحظ برنامجا حرا فى بلد حر ، وفى باريس فى مستشفى سانت آن (أكبر المستشفيات النفسية

وسط باريس) أمضيت أغلب مهمتي ، وكان أعظم ما في هذه البلاد هو الحرية ، ليس في مظاهر الحياة فحسب ، ولكن في طريقة التفكير وأصالته ، وكان هذا المستشفى بوضعه الجغرافي والتاريخي ملتقى المدارس المختلفة للطب النفسي ، وكنت أحس أني في سوق عكاظ ، يأتي كل صاحب مدرسة في يوم محدد في نفس القاعة أو ما يجاورها ، ويأتي إليه مريدوه تطوعا ، ويلقى وجهة نظره بحماس أو بتعيز أو بهجوم مضاد . . « هو حر » ، ثم في اليوم التالي يأتي في نفس المكان صاحب مدرسة أخرى بمريديه أيضا ... وتكرر القصة ، وأهم ما في الأمر أن هذه الحرية العلمية والحلقات الدراسية لم يكن لها ارتباط ببرنامج دراسي معين أو بامتحان يهدد أو بشهادة تعطى أو تؤخذ أو حتى بالجامعة ، فرغم وجود القسم الجامعي في نفس هذا المستشفى العام إلا أن النشاط العلمي الحر كان أكثر غنى وأرحب ساحة من الاقتصار على الجامعة ونشاطها المحدود .

وكان مشكلة التشخيص كانت تنتظرني ، فقد نظم لنا الأستاذ الدكتور بيشو P. Pichot أستاذ كرسي علم النفس الاكلينيكي بكلية الطب جامعة باريس (وهو طبيب يمارس أساسا الطب النفسي من على كرسي علم النفس ، لعدم وجود كرسي « كفاية » .. ، نفس القصة (!) . ولكنه كان مهتما اهتماما خاصا بالأقيسة النفسية) . . أقول نظم لنا - نحن الأجانب من العالم الثالث أساسا (واليابان يضعونها في العالم الثالث !) محاضرات عن وجهة النظر الفرنسية في تشخيص وتقسيم الأمراض النفسية ، وكانت وجهة نظر حرة فعلا ، اقتنعت بكثير منها ، ورفضت أكثر ، وكنت حين أناقش الأستاذ بيشو في بعض التشخيصات التي لا يمكن الجزم بها إلا بعد شفاء المريض ، وكأننا نعلن

« تشخيص المريض بأثر رجعي » كان يخرج الهواء من بين شفتيه على طريقة الفرنسيين ويرفع حاجبيه ... و... فقط .

وكان أعجب ما في هذه الحرية وأجمل ما في هذا العلم هو الاعتراف بالقصور، وبدأت أطمئن على أن قصوري ليس قصورا وجهلا شخصيا بحتا . - وكان هناك من الاختلافات بين المدرسة الفرنسية والمدرسة الأنجلو سكسونية (الانجليز والأمريكان) مون شاسع في بعض النواحي ، ولما كان تعليمي على الطريقة الانجليزية وطبعي أميل إلى طباع الشرق الأبيض المتوسط فقد وجدت عند الفرنسيين شيئا مخرجني من قيود التشخيص المتحجر . .

الأسلوبية في التشخيص :

وقد حاول الأستاذ يشو ذو الاهتمامات الاحصائية والعقل المنظم بالحساب ، أن يستخدم عقله الالكتروني ويتعمق في مشكلة التشخيص ، فيرسل مجموعة من الأعراض إلى بضعة مئات من أطباء النفس في أمريكا وفرنسا وألمانيا وغيرها ، ويسألهم أسئلة محددة عن أي من هذه الأعراض تصف التشخيص الفلاني عندهم ، ثم يحاول أن يربط بين استجاباتهم وسمى ذلك « الأسلوبية في التشخيص » Stereotypy in Diagnosis في مختلف البلاد نسبة إلى أن التشخيصات ترجع إلى أسلوب آلي محدد يحكمه تنظيم معين في العقل ، وقد خرج بنتائج عامة تشير إلى أن الأطباء في كل بلد يكادون يتفقون في جميع الأعراض في مجموعات ، ولكن اختلافهم هو في الأسماء التي يطلقونها على كل مجموعة ، وقد أفاد ذلك في إمكان المقارنة بين مجموعات الأطباء في البلاد المختلفة ، فاذا قال طبيب أمريكي على مريض أن عنده « فصام ضلالي Paranoid Schizophrenia » فإن ذلك يعني عند الفرنسي « مرض الضلال المزمن Delire chronique » وعند الألماني

« كذا » . . وهكذا ، وكأنه ينبغي أن توجد شفرة للترجمة من مجموعة لأخرى ومن بلد لآخر . ولم أكف عن التساؤلات ، لأنه إذا كان ذلك كذلك . . فلماذا لا يتفقون ؟ وهل يمثل هؤلاء الأطباء الذين أجرى عليهم البحث بالمراسلة مفاهيم الطب النفسى الحديث ؟ وحتى لو كان تمثيلا للأغلبية . . فهل الأغلبية على صواب ؟ وما شأن رأى الأقلية ؟ . .

وحاولت أن أحضر المدارس الأخرى التحليلية لأهتدى فحضرت للأستاذ الدكتور « لا كان » الذى كان يحضر مع مريديه إلى سوق عكاظ (نفس المستشفى : سانت آن) بنفس الطريقة التى أشرت إليها ، ثم انتظمت فى مشاهدات تليفزيونية فى عيادة تحليلية للأطفال والمراهقين مع الأستاذين الدكتورين دياتسكين ، ولييوفيسى (وعلى فكرة ، نشاطهم تابع لوزارة الشؤون الاجتماعية وليس الصحة ، والحضور ليس قاصرا على الأطباء ، ولكنه للأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين والمدرسين والمهتمين بالتربية وغيرهم) وكنت مع هؤلاء وأولئك التحليليين أعجب أشد العجب من العمق الذى يصلون إليه فى فهم النفس ، ووضعهم التشخيص جانباً ، ولكنى اغتاظ أشد الغيظ من الحظر الكيميائى على العلاج ، وكأننا فعلاً فى سلسلة تليفزيونية ، وليس أمام إنسان من لحم ودم وكيمياء ونفس ومشاعر . .

المهم ، رحمتنى رحلتى إلى فرنسا من الشعور بالنقص واتهام عقلى بالقصور . وأحسست فى رحاب الحرية الفرنسية أنى أستطيع أن أرفض وأن أحتج وأن أفكر ، وتيقنت من أن الفرنسيين والألمان كانوا دائماً أصحاب أغلب الأفكار الأصلية ، وأن الانجليز ، وحتى بعض الأمريكان الذين أخرجوا شيئاً جديداً كانوا من أصل ألماني . . وشعرت بالسجن الذى نسجن أنفسنا خلفه ونحن محبس

فكرنا وراء أسوار المدرسة الانجليزية تعلما ومتابعة للبحث العلمى ...

الفهم العضوى :

وكان أكبر من أثر فى هو من اعتبرته أعظم الأطباء النفسين المعاصرين فى فرنسا - وكثيرون يعتبرونه كذلك - وهو هنرى إى Henry Ey الذى حاول أولا مع أستاذه الدكتور هنرى كلود أن يزواج بين ترتيب الأمراض النفسية والجهاز العصبى تزواجا ديناميكيا ، مهاجما بذلك المفهوم الميكانيكى الذى يتصوره أطباء الأعصاب ، ذلك المفهوم الذى حل بين هذا التزاوج ردحا من الزمن ، وكانت مدرسته تقول أن الجهاز العصبى عدة مستويات بعضها فوق بعض تطوريا ، فإذا فشل المستوى الأعلى (الذى يعتبر كالمباسترو فى الأحوال العادية) أثير المستوى الذى يليه والأقل تطورا . . وهكذا -

وكانت شخصية الدكتور « إى » وقوته العلمية وعمقه الفلسفى أبلغ ما أثر فى نفسى رغم أنى كنت أساسا ملحقا بخدمة الأستاذ الدكتور « جان ديليه » الذى قام بالانقلاب السيكوفارما كولوجى الرهيب فى علاج الأمراض النفسية باكتشافه عقار اللارجاكتيل الذى لا يقل أهمية عن اكتشاف البنسلين أو الكورتيزون فى الطب الجسمى ، إلا أنى اهتزرت أمام أبعاد « إى » الانسانية أكثر وخاصة بالنسبة للفهم التطورى للجهاز العصبى ، وهذا الفهم هو الذى ساعدنى بعد ذلك على حل هذه المشكلة التشخيصية .

وقد كان التزاوج بين هنرى إى وجان ديليه هو الذى أوحى لى بعد ذلك بالفهم الديناميكى الأثرولوجى العصبى للأمراض النفسية .

محاولة محلية :

وفى الشهور الأخيرة كلقت مع بعض الزملاء من قبل الجمعية المصرية للطب

النفسى باعداد مشروع مبدئى للأمراض النفسية حتى يتكلم المشتغلون بهذا الفرع من الأطباء النفسين بمصر لغة واحدة ، وكأن المشكلة كانت تنتظرني ، وبعد شهور طويلة من مراجعة التقسيم الدولى للأمراض وسائر التقسيمات الأخرى فى فرنسا وأمريكا وإنجلترا وغيرها ، وبعد وضع المشروع ومناقشته فى اللجنة العلمية للجمعية مناقشات فيها من الثورق والتجديد ما طمأننى إلى صحة اعتقادى بالحاجة إلى ثورة كاملة ، وبعد محاولتنا تطوير التقسيم العالمى للأمراض النفسية بما فيها من نقط ضعف جاءت نتيجة اجتماع مجاميع عالمية غير متجانسة ، بعد كل هذا وضعنا مشروع التقسيم الذى قبل بصفة مبدئية وحاولنا فيه أن نلقى الضوء على معظم مناطق الظلال ، ولا أنكر أنى تخالفت فى حدود ما تسمح به الأمانة العلمية وعلى قدر ما سمح لى به أصلى الفلاحى أن أتخاثر ، حتى أذيب بعض التلوج ، الانجلوسكسونية التى تحيط بفكرنا ، ولكن الحاجة الملحة للتجديد والتحديد ، وبما تصورت ظهرت فى المناقشات التى تمت حول هذا المشروع

إذا فالوضع ليس مشكلة خاصة بى وإنما هو فعلا مشكلة الطب النفسى . ومع كل ذلك . . فلم يته هذا التقسيم المصرى حيرتى ، فما زلنا فيه ملتزمين بشيء اسمه العصاب وآخر اسمه الذهان ، وتقسيم وصفى للأمراض مما لا بد أن ينتهى بالثورة القادمة . . ولكنى اعتبره خطوة هائلة على الطريق .

مشاكل عملية :

على أن القادىء غير المتخصص ربما لا يهتم بكل هذه المشاكل العلمية البحتة وتطور حيرتى إزاءها بقدر ما يتساءل : بماذا سيضار هو من هذه الاختلافات الجوهرية حول أبسط الأمور وهى « اسم المرض وطبيعته » ؟

والحقيقة أن الذى دعانى أن أكتب كل هذه التفاصيل والقصص تسلسليا هو أن للشا كل التطبيقية التى تهتم كل مريض وكل إنسان يتصادف أن يحتاج لخدمة الطب النفسى حادة وملحة وخطيرة فى نفس الوقت ، فإن عدم الاتفاق على تشخيص من ناحية ، والاهتمام الزائد بقيمة التشخيص من ناحية أخرى كانا يمثلان لى صعوبات لم أستطع أن أقلب عليها حتى الآن ، وليشاركنا الناس فيها حتى نحلها ، فهم كما قلت من الأول : أصحاب المصلحة ، كما أن مضاعفات هذه المشكلة تظهر بشكل قاس ومريع فى كل المجالات ومثال ذلك مجال الخدمة العسكرية ، ولأن التشخيص ليس له مقاسات بالقلم والمسطرة فكل شىء جائز ، ويبدو أن النظم والقوانين كانت تحد من حركة زملائنا بالقوات المسلحة مما يزيد شكهم وحرصهم ويجعلهم يفضلون مبدأ « السلامة أولا » وأعنى بذلك سلامة الاجراءات وليس سلامة المريض ولا سلامة الجيش ، وأحسب أحيانا - فى ظل اللوائح - أن عندهم عذرهم ، والذى يده فى النار غير الذى يده فى الماء كما يقولون ، وكانت المشكلة تصل عندى إلى درجة فظيعة من الاحتجاج تجعلنى أثور على نفسى وعلى زملائى وعلى فرعى ونحن نقف مكتوفى الأيدى والعقل بين التصنعين والمتصدعين من المرضى والأسوياء . لماذا ؟ ووصل الحال مرة أن مريضا فصاميا يعالج عندى منذ أربع سنين ، وحالته تصرخ وتقول « أنا هو الجنون بعينه » قبل فى الجيش على أنه لائق ، وأكتب التقرير تلو التقرير وأصف الأعراض بالتفصيل متجنباً التشخيص وأقول « أنه يكلم العصافير فى أوكارها » . ولكنه كان لائقاً سليماً معافى لقصور اللوائح على أحسن القروض ، وبعد عدة شهور حين ثبت - ربما بشهادة الطير - أنه يعرف لغة الطير فى أوكارها ، بدأت إجراءات الفصل التى استغرقت تسعة أشهر بالتمام خرج بعدها صديقى

المريض وقد تمزق تماماً . . لا أمل في أن أجمع أشلاءه بعد ما كان ، وحين كنت أقابل زملائي بالقوات المسلحة وأصبح فيهم وفي نفسي « ماذا تفعلون - ونفعل - بالناس . . ؟ » يقولون في ألم ليس أقل مما أشعر به « ماذا يفعل القانون بنا . . وبالناس ؟ » وأحول غيظي إلى قصور فرع الطب النفسى الذى يقف عاجزاً أمام الضبط والربط . . لأن التشخيص صعب ، أو مستحيل إلا بعد شهور وشهور . . ، وليكلم المرضى الطير أو يصادقوا الحيات . . فهذا شئ آخر ، المهم هو الوصول للتشخيص ، وأن يكون محددًا بالكلمات وأن تكون ذات الكلمات موجودة في اللوائح (وايست كلمات مشابهة) . . ، وحين قلت في أول حديثي عن مشكلة التشخيص أنه في كثير من الأحيان يكون الهدف الأول والأخير من الفحص ، كنت أعنى مثل هذه الحالات ، وحتى تصير اللياقة في الجيش من عدمها مرتبطة بأسئلة أخرى بعيدة عن التشخيص فسوف أظل قلقاً محتاراً بالنسبة لهذا الموقف وأمثاله ، فخلق بنا أن نسأل أسئلة أخرى بعيدة عن التشخيص مثل « ماذا يفيد هذا الشخص القوات المسلحة » ، « وماذا تفيد القوات المسلحة هذا الشخص ؟ » « ماذا يضر وجود هذا الشخص بالقوات المسلحة ؟ » « وماذا يضر هذا الشخص وجوده بها ؟ » إلى آخر هذه الأسئلة المنطقية ، والتي لا بد لنسألها أن نتحرر من سجن الأكليشيات أولاً . .

هذا مثل واحد يشير إلى كيف يمكن أن يكون سجن التشخيص خطراً على الناس وحياتهم ، وعلى صحة المؤسسات الحربية والانتاجية ، وليس فقط مسألة علمية « فيها نظر »

والأمثلة غير ذلك صارخة في مجال الشهادات المرضية ، ومجال الخدمة الطبية للعمال ومجال القضاء ، ومجال حجز المصابين بالأمراض العقلية بحكم القانون

وأغلب المجالات التطبيقية الإدارية والشرعية التي تتصل بممارسة
الطب النفسى .

• • •

إذا فخرتني إزاء مشكلة التشخيص كانت وما زالت حيرة علمية وتطبيقية
في نفس الوقت فالألقاظ لا تعدو أن تكون وشما للناس بالرموز ، والعلم
لا يحدد لى معانى الكلمات بالتفصيل ، وحتى إذا حددتها فإنها تصبح
بالتقادم صنما .. إلها يُعبد ، وليس إلها يعفو ويرحم ، وننسى دائماً أننا نحن الذين
صنعناه .

وأقول أن هذه هى طبيعة العلم بصفة عامة ، وأن هذه هى مرحلة تطوره ،
وعلمنا بصفة خاصة ما زال ينجو ، فلأرض بما هو قائم وأمرى إلى الله .

ولكن المشكلة عندى ليست فى الرضى والتسليم بمرحلة التطور العلمى الذى
يعيشه فرع اختصاصى ، بل هى أصعب من ذلك ، فإن عملية التشخيص بالصورة
القائمة تباعد بينى وبين الأصدقاء المرضى ، إنها عملية تشوه إنسانية الإنسان وقلبه
من « مجموعة مشاعر ذات كيان » إلى « مجموعة أعراض ذات اسم » ومهما قلنا
أنها غير ذات أهمية إلا أن طريقة ممارستنا للطب النفسى تعطىها الأهمية الأولى ..
وأحيانا الأخيرة . إن الاهتمام الزائد بمنطوق كلمات المريض وأقواله وأقوال
الشهود يجعلنا تقع فى نفس الخطأ الذى نعييه على زملائنا الأطباء فى القروع
الأخرى حين نقول أنتم تهتمون بالأعضاء دون الإنسان ، لأننا أيضاً - بهذه
الطريقة - نهتم بالكلمات دون الانسان .. أو بمعنى آخر :

إننا نسجن المريض وراء ألقاظه .

إننا نبعد عنه بما نطلقه عليه من « أكليشيات » .

ولكن حين حاولت أن أخرج من هذه الحيرة وجدتنى أقع فى نفس
المحذور فأعيد تقسيم وتنظيم الأمراض بالقاظ جديدة ، وأكاد أكون متأكدا
من أن هذه الطريقة سوف يقع منها نفس الخطأ . . إلا أنها قد تعفينا مرحليا من
ثقل ثمانين سنة كاملة - منذ كر بلين - نزرع فيها تحت كاهل رموز فقدت معناها
بالثورة الكيميائية والتكنولوجية والنفسية الحديثة .

• • •

هذه بعض معالم الحيرة التى عشتها .

وهى هى بداية الثورة التى أعيشها .

وقد تحدثت عن محاولة حلها بالبحث العلمى التقليدى وعن فشل هذه
المحاولة ، ولكن للبحث العلمى قصة أكبر تحتاج إلى تفصيل ، ولكن - مرة
ثانية - إنما بنيت طريقتنا فى البحث العلمى على طريقة تنظيم عقولنا بمناهج التعليم
السارى ، وتنظيم تفكيرنا بحسابات المكاسب الشخصية العاجلة .

• • •

الفصل الثالث

البحث العلمي

« ليس البحث العلمي تجارب تعمل أو نتائج تدون أو حقائق تثبت ولا هو قوانين تكشف ، وإن يمكن ذلك كله من ضروريات وجوده ولكنه قبل كل شيء طريقة تفكير منظمة واقعية يتلو بمضاهيها بعضا على نحو يتفق وحقائق الأشياء »

محمد كامل حسين

أ كاد أقول أن هذه الفقرة التي أعرضها في هذا الفصل هي أصعب الفقرات جميعا ، وقد ترددت كثيرا - شأن الناصح لا شأن النائر - في أن أكتب عنها ، حتى كدت أعدل تماما ، وكانت مبرراتي جاهزة ، فأنا أتحدث عن حيرتي الشخصية وكل ما أعريه من نفسي هو ملك خاص لي ، من حقى أن أكتب عنه ما أشاء ، فأصف فشلى أو قصورى ، وأصف ترددى فى التشخيص والعلاج دون حرج ، وأكدت منذ البداية أن هذا حديث خاص يقع على وزره دون أى أحد آخر ، ولكن المسألة تتغير حين أتحدث عن البحث العلمى وهو مشكلة عامة ومشاركة حيث يوجد فى الأمر « آخر » ، وحيرتى هنا تتصل اتصالا مباشرا بأساتذة وزملاء أحترمهم وأقدر كل ما بذلوه ويبدلونه فى مجال الطب النفسى ، فليس من حقى أن أطلق لقلمى العنان فى شيء لا يتعلق بى وحدى .

هذه واحدة . .

أما الثانية ، فلأننا بلاد يجاهد حتى يلحق بركب العلم آجد حديثى عن البحث العلمى له خطورته وخطره فى نفس الوقت ، فلو أنى قلت كل ما بنفسى مهما التزمت الحذر ، فإن الأسلوب الحالى والحلى للبحث العلمى قد يصيبه من التهوين ما يؤهم بأن البديل عنه هو الخرافة أو التعيينات وأنها أبقى للتطور وأقع من الأسلوب العلمى فى حين أنها جميعها ظلام دامس لا ينطلق فيه إلا الوطاويط والأشباح .

هذان المحظوران جعلانى أتردد وأفكر وأ كاد أهرب .

والكن:

لا بد أن أحدد موقفى مما كان ويكون - ولو بالإيجاز والحذر اللازمين -

وأن أعترف بصوت عال : أنى غير مقتنع بكل هذه المظاهرات البحثية التي لا تعدى مرتبة للمشاهدات والتجارب والمقارنات والمقابلات ، وهى أدنى مراتب البحث كما أشار أستاذنا الدكتور محمد كامل حسين ، وللأسف فإن لجان تقويم الأبحاث لدينا بصفة عامة - تؤكد على الجداول والمشاهدات والاحصاءات ، ولا تلتفت إلى المرتبة الأعلى وهى مرتبة الفروض الخصبية التى تفتح آفاقا رحبة لمسيرة العلم ، ولا أتحدث عن المرتبة القصوى للبحث وهى الوحي الصادق أو مرتبة الوصول على حد تعبير الصوفيين لأنها فوق التقويم وإن كنت لا أشك أن أول رافض لها هى لجان التقويم.

ولعل من أغرب القيم التى أرادوا لها أن تثبت احتواء وراءها من الجديد ، أو استسهالها لما هو دقيق خاضع للمراجعة والحساب هى أن أى بحث من المرتبة الدنيا يفضل عن مقال قد يحوى فرضا خصبا فى حين أن هذا القرض قد يكون به من الملامح المشرقة ما يعدل مسيرة العلم لعشرات السنين ، وحين قرأ تقارير اللجان العلمية تعجب من «الأكلشيئات» المتداولة وقرأ «هذا مقال» ليس بحثا»

إلى هنا والأمرواضع ومقبول ، ولكنك تقرأ فى الجملة التالية أنه لا يقوم فى الجهد

العلمى لصاحبه ، أما أنه ليس بحثا فقد يعنى أنه ليس بحثا عمليا فيه تجربة ومشاهدة

أما أنه لا يقوم فهذه هى المشكلة !! لأنهم قد لا يميزون بين المقال لاسترجاع وسرد معلومات سابقة ، وبين الفرض الذى يعيد تنظيم الحقائق والمشاهدات لتصبح كلاً جديدا قابلا للاختبار والمناقشة ، فإن الذى يحدد علمية البحث لديهم هو المعاملة الإحصائية وعدد الجداول والرسوم البيانية فى أغلب الأحوال ، وهذا معوق رهيب للتقدم العلمى فى بلدنا خاصة لأنه يضر أكثر ما يضر بشباب الباحثين المحتاج للترقى ، وعلى ذلك هو يحدث ارتباطا شرطيا بين الترقى وبين هذا النوع من الأبحاث فيوقف تطورهم الفكرى ، حتى إذا جاء وقت النضج العلمى والإنشاء .. لم يبق فى عقولهم إلا عقم الأرقام ، وبذلك فالباحثون يستغرقون

في هذه المرحلة طوال حياتهم فتنتهي تلقائيتهم ولسكنهم مستمرون في سلم الترقى بالنجاح في المنافسات العلمية ، ثم بالأقدمية يتولون مراكز تقويم فيعوقون بدورهم التطور ، وهم في ذلك مرغين على التدهور وهم في الحقيقة ضحايا أكثر منهم جناة .

الامانة :

بل إن هناك خطرا أكبر من كل خطر يدخل ضمن مثالب هذا النظام هو أن يتعلم الباحث في أول خطوات حياتهم العلمية البحثية « عدم الأمانة » ، إذ أنه في إطار التنافس على القشور يمكن أن يحدث أى شئ ، ولا أقول إن هذا ما يحدث فعلا في كثير من الأحيان ، لأن ذلك لا يقال ، ربما لأنه لا يمكن إثباته ، وقد يرد أحدهم أن « الأمانة العلمية هي شرط أساسى ومبدئى لدخول مجال البحث العلمى ابتداء » إلا أنه ليس كل المسلمات أو البديهيات حقائق كل يوم ، فلا يكفي ... وخاصة في بلد نام ذى إمكانيات محدودة .. أن نقول إنه يجب أن يكون الباحث أمينا ليكون أمينا ، وليس من المقول أن نضع الانتاج العلمى في كفة وعلاوة ثلاثة أو خمسة جنيهات شهريا في كفة ونقول إن الأمانة هي الأصل وهي واجب الأساتذة والمشرفين لأن الأمانة خلق وعادة قبل أن تكون واجبا أو دسا ، على أن الصراع الذى يترتب على ربط الترقى بالبحث العلمى لا يضع أمامه الملاوة المادية فحسب ، بل هو يرتبط ارتباطا جوهريا بالصراع على المركز والاسم والسلطة ، أى على كل ما يتعلق بحياة الباحث الوظيفية التى قد تكون هي كل حياته .

وأبسط صور عدم الأمانة هي تلفيق وتزييف النتائج لنسائر الاتجاه المتوقع ،

وهذا النوع بسيط لأنه يمكن ضبطه من خلال الإشراف والمراجعة للبحاث الناشئين ، ولكن الإشراف أمر ليس ممكنا بصورة عملية دقيقة باستمرار ، وتكفي نظرة واحدة إلى عدد الرسائل التي يشرف عليها أحد الأساتذة ذوى الانشغالات الأخرى المتعددة حتى ندرك مدى سطحية الإشراف .

وعدم الأمانة الصريح رغم قبحه وخطورته أهون من النوع الخفي لأن صاحبه يعرف ماذا يفعل ، وربما استيقظ ضميره فيما بعد وعرف أن هذه مرحلة لغرض ما ، وربما عدل عن كل ذلك ، وربما جعل التزييف في اتجاه لا يغير النتائج وإنما يحسمها ويظهرها فقط ، إلى آخر هذه الافتراضات الخفية .

أما النوع الآخر فهو أخفى وأخطر ، وهو الذى يحدث بطريقة غير مباشرة من خلف الشعور نتيجة للحرص الشديد على عمل البحث من ناحية ، والكبت الشديد من ناحية أخرى ضد أى انحراف عن الصواب ، فلا يتكون هناك طريق سوى التزييف اللاشعورى . إذا صح التعبير الذى يتخذ صورة خفية يمكن أن يدافع عنها صاحبها دهورا بوليس هذا مجال تجديد هذه الصور ولكن أحذر منها الشبان حتى يدركوا مداخل النفس قبل أن تتشوه الشخصية .

وهناك طرق متنوعة لضبط تحيز الباحث الشخصى نحو هذه الناحية دون الأخرى ، ولكن التحايل اللاشعورى على هذه الطرق يخفى على الباحث نفسه انحرافه ، وهذه الأساليب تظهر أكثر ما تكون فى البحوث النفسية الإكلينيكية حيث يكون مجرد التجاوز فى التشخيص (وهو بحر ليس له قرار كما سبق أن أشرنا) هو نوع من عدم الأمانة .

وعموماً فإن عدم الأمانة فى نظرى هو « أن أفعل مالا أفتنع به » منها كان

سبب عدم اقتناعي ، إذ ينبغي أن أفهم حتى أقتنع ، أو أن أمارس حتى أقتنع ، وإلا فلا توقف وأراجع نفسي ، فكم من الأبحاث تمت قرب انتهائها أن أمرقها ولا أخرج بنتائجها أبدا ، وكم عندى من الأوراق للتراكمه مالا أرجع إليه إلا وقت الحاجة ، وبغير حاجة فسيظل مراكونا بلا قيمة إلى الأبد لأنى أعتقد أنه بلا قيمة سواء نشر أم لم ينشر ، وإنما هو ينشر لغرض آخر غير النشر . .

وقد اضطر الباحثون إزاء قواعد اللجان السالفة الذكر إلى محاولة التغلب على هذا النظام العقيم للبحث والترقى بمحاولات عديدة لا أبرىء نفسى من اللجوء إليها .

فهنالك صورة المجاملة فى الأبحاث - وهى تمثل فى أن تضع اسمى على بحثك وأضع اسمك على بحثى للتغلب على مشكلة الكم والكيف أمام اللجان إياها ، وهذه صورة محزنة لعدم الأمانة ولكنها تتناسب مع موقف اللجان التى تهتم بالعدد قبل أى شئ آخر ، إذ لا بد أن تكون معاملتنا للجان بالشكل .

وهناك صورة ضيف الشرف حيث توضع بعض الأسماء الكبيرة على أبحاث لم يقوموا بها كنوع من التكريم ، إلا أن فيها فائدة متبادلة إذ أن الاسم الكبير يعطى للبحث قيمة خاصة .

وهناك صورة ثالثة حين يحاى أحد الأساتذة أحد الناشئين فيلحق اسمه بكل الأبحاث التى تجرى بالقسم سواء شارك فيها أم لا .

كل هذه صور تحدث كل يوم تحت سمع وبصر اللجان - فما أعضاؤها إلا بحاث وأساتذة يعرفون ما يجرى ومع ذلك لا يملكون إلا تنمية كل هذه الأساليب بتقويم الكم دون الكيف ، وباتباع مبدأ السهولة أولا .

هذه بعض الأمثلة . . . والأمثلة غيرها كثيرة والردود عليها أكثر ،

ولا أستطرد فإني أنا أعرض هنا نقطة واحدة وهي كيف أن البحث العلمي الذي خيل إلىّ في وقت ما أنه سينهى حيرتي قد زادني حيرة ، وكيف أني إنتهت وأنا في وسط معضته إلى الظلام المحيط وإلى مزلق الخطر الخفية التي تجعله سلاحاً علينا .
لنا في فترة تطورنا الحالية .

وبصفة عامة أكاد أقول « أني لست فخوراً بأي بحث قمت به ونشرته حتى الآن ، بل إنني كثيراً ما خجلت من أبحاث نالت ما نالت من تقدير لم يكن عندي شيئاً أبداً ، كما أني لست مقتنعا بسياسة البحث العلمي التي تربطه بالكم دون الكيف . أو بالتأنيج دون الغرض ، أو بالأسلوب العلمي دون التفكير العلمي ، أو بالأعداد والجدول دون الأصالة والابتكار » .

وان كنت لا أنكر في نفس الوقت أن كل الأبحاث التي اشتركت فيها والتي شاهدها وعاشرتها ، سواءً بمصر أو في مهنتي بالخارج قد أفادتني فائدة عظيمة كان لا يمكن أن أحصل عليها دون أن أمارسها من الألف إلى الياء ، فالشاهدات عموماً تجلي الذهن وتوسع مجال الرؤية ، وكلما اتسعت دائرتها واهتمت بالتفاصيل كلما زادت قيمتها في إثراء الفكر ، إذ أن المشاهدات هي المادة الخام التي يتخلق منها الجديد ، أو هي اللبنة التي ستبنى منها المنزل ، ولكن رغم ذلك فإن المشاهدات في حد ذاتها وللأغراض الجدولية والبحثية الوظيفية ، كانت تشوم في آخر لحظة لتساير لغة لجان التقويم السائدة ..

ولعل أكبر فائدة حصلت عليها من سلوك هذا الطريق — كله أو معظمه — هو أنه يحق لي أن أمارس حرية الرقص ، فليس لإنسان أن يعترض دون محاولة جادة ومتصلة لدراسة المجال الذي يعترض عليه ، وليس لمبتدئ أن يقول « لا » قبل أن يمارس الاقنانه بالألم والصبر حتى في مجال تحصيل الحاصل .. ولكن

الخوف كله من أن تنقلب هذه المحاولة المبدئية الى مصير، وأن يصبح هذا الطريق السهل الجدول ذو النتائج السريعة هو الوسيلة والغاية معا ، لقد أيقنت تماما أن هذا الطريق - بوضعه الحالي وفي مجال اختصاصي - لا يوصل . . أو على الأقل لن يوصلني أنا ، بل إنه خطر لي أن الباحث الناشئ متى ما حفظ الطريقة استسهل تكرارها ، فيحبس بذلك عقله داخل أساليب مكررة ويكتفى بظهور اسمه مطبوعا ويا حبذا لو كان ذلك في مجلة من المجلات « الأجنبية » فيبدأ ، وتلاشى قدرته على الرفض أمام المكاسب النظرية ، وتصدأ قدرته على الخلق والابتكار ، ثم هو لا محالة بعد أن يصعد قليلا على السلم الوظيفي المرتبط عادة بالمكانة العلمية - سوف يقوم بالهجوم على الخلق والابتكار بدوره .

صعوبات خاصة بالطب النفسي :

وإذا كانت هذه الصعوبات عامة فإن البحث في مجال الطب النفسي له صعوباته الخاصة ، فالعلوم النفسية من أرق العلوم جميعاً وأضعفها كذلك ، أرقاها تطورياً وأضعفها منهجياً ، وقد حاولت وتحاول جادة مستمرة أن تدخل العمل ، وكنت من أشد المتحمسين لهذه الفكرة وأنا أكتب كتاباً مشتركاً عن « علم النفس تحت المجهر » وما زلت أرى ذلك الرأي ولكن بتحويل جوهري يجعله خطوة واحدة على الطريق ، ذلك أن دخول علم النفس إلى العمل الاكلينيكي يضيف حقائق تفصيلية هامة وخطيرة ستسمح للفكر الخلاق أن يخطو خطوة جديدة على طريق فهم الإنسان ، ولكن النتائج العملية ينبغي ألا تكون بديلاً عن الفكر الجديد . . والقرص الخصب .

هذه مسلة أخرى من المسلمات البديهية التي أشك في مدى إدراك الأهميتها ولعل أعظم ما أخصب فكري في فهم الأمراض النفسية هي الابحاث

المتعلقة بالعقاقير وآثارها ، وكذلك الملاحظات المأخوذة (دون حاجة الى عينة ضابطة !!) من البحث التحليلي الإكلينيكي للمرضى أثناء العلاج النفسى أو للأطفال أثناء النمو ، والاثنان على طرفى نقيض فكرة وأسلوباً ، ولكن الحل الذى اهتديت إليه كان بفضل هذه الملاحظات المقتنة من ناحية ، والأمانة من ناحية أخرى ..

إذا فالعمل وهو مجال البحث الأول هو أيضاً المكان الذى يمكن أن يتكرر فيه الجمود وتسرب منه الأمانة ، ولا يعنى الهجوم على أسلوب معين فى بلدنام أن أحطم أساسيات البحث جميعاً ، لأن المشاهدات الجزئية - على شرط أن تكون أمانة أمانة مطلقة هى الغذاء الاساسى لولادة الفكرة الخلاقة ، ولكنى شخصياً لم أنجح فى اتباع أسلوب المشاهدة العمياء المقتنة ، بل إن مشاهدات غيرى التى أقرؤها فى الأبحاث المضبوطة ، تدخل عقلى بطريقة أخرى غير ما قصد كاتبها .

ولأضرب مثلاً بسيطاً لذلك ، فإن الاكتتاب الذى ينشأ من استعمال المهدئات العظيمة من فصيلة القينوثيازين وُصف فى مئات الأبحاث على أنه من مضاعفات هذه العقاقير ، وتبادى هذه الأبحاث فى القول أنه إذا ظهر هذا الاكتتاب فانه ينصح بوقف العقار ، حتى فى حالات القسام التى يعطى فيها هذا العقار أساماً .

هذه ملاحظة أمينة قول « إن استعمال عقار القينوثيازين فى القسام يظهر اكتتاباً فى بعض الاحيان ، وإثبات هذه الملاحظة بهذا الوضوح والتحديد يتحققنا بحقيقة علمية هادية ، إذ أنى تنبأت لهذه الملاحظة وتابعتها بدقة أكثر ثبت لى أن الاكتتاب هو خطوة تحسن وليست مضاعفة لعقار ، لأن تفسيرى له اختلف تماماً . . . لقد أصبحت أعتبر ظهور الاكتتاب من علامات التحسن على طريق

الشفاء، وقد رأيت أن التفسيرات الكيميائية التي وضعت لتفسير هذا الاكتشاف قاصرة كذلك، لأن فهم الظاهرة ينبغي أن يتم في إطار التوحد بين الكيمياء والطبيعة والعلاقة الدينامية بين مختلف المستويات على سلم التطور الانساني . . وأمنع نفسي عن المضي في التفاصيل لأقول :

إن رفضي لهذه الابحاث والملاحظات لايعني إمكان الاستغناء عنها، وإنما يعني قصوري شخصيا عن القيام بها بالطريقة المحلية المتبعة، بل إن ظروف إجرائها هنا لمجرد إقناع لجان البحث أو قبولها للنشر يضاف من قيمتها أكثر، وإنما كل مايعنيني في هذا المجال أن تسجل الملاحظات تفصيلا في جو من الأمانة

ليس فيه شبهة .

فإذا اطمأن مفكر إلى هذه الحقائق المسجلة من كل مصدر فإنه يستطيع أن يأخذ نفس النتائج فرما وجد لها تفسيراً وتحقيقاً لغرض آخر يحل مشكلة عامة، وليس ضروريا عليه أن يعيد إجراءاتها بل هو ينطلق منها بتفسير جديد نحو تحقيق جديد، يقوم به هو أو غيره . . وهكذا يسير البحث ويتقدم العلم، ولا يقل دور المفكر صاحب الفرض عن المشاهد القائم بالتشغيل بل إنه يفوقه بمراحل، ولكن طريقة التقييم عندنا قلب هذه الأوضاع رأسا على عقب .

الصدقة والاثبات :

لابد لكي تذكر ملاحظة علمية وتستنتج ارتباطها بمسبب بذاته أن تثبت أن هذه الملاحظة لم تحدث بمحض الصدقة، ولكن أصعب الأمور في الطب النفسي والممارسة الاكلينيكية هي هذا الاثبات، وقد حاولت أن أثبت ذلك بشئ الطرق المعروفة وفشلت في كل مرة تقريبا .

حاولت أن أقنع نفسي بجدوى عمل عينة ضابطة ووجدت أنه يستحيل على أن أجد شخصين متماثلين لأقارن بينهما مقارنة مصبوبة .

وحاولت أن أقارن المريض بنفسه وكانت الأمور دائمة التعقيد لأن المريض يتغير في كل لحظة ومقارنته بنفسه على مدى الزمن يهمل - بدرجة ما - العوامل التي تطرأ عليه أثناء مرور الزمن .

وحاولت أن أعطي أقراصاً ليست ذات مفعول بدل الأقراص الفعالة ، وكنت أشاهد فشل التجربة بعد أيام حين ينتبه المرضى والمرضى والأطباء إلى أن المايض لا يأخذ علاجاً وتصير نكته حين أمادى في إخفاء اسم المقارون نوعه . كل ذلك الفشل جعلني غير مقتنع بأي بحث من هذه البحوث وأي طريقة من هذه الطرق ، ورغم ذلك فقد كنت أصر على تسجيل الملاحظات جميعها ولكن السؤال يستمر بلا جواب « كيف ثبت أنها ليست المصادقة ؟ » وأكاد أقسم على أن ذلك غير ممكن ، ولكن لا فائدة ..

وكنت أشعر أن حرية الفكر والصدق الشخصي هما البرهان الوحيد الذي يمكن أن أفدمه ..

إلا أن حرية الفكر والصدق الشخصي يتصورهما كل مخلوق سواء في البحث العلمي أو في العلاقات الزوجية أو في السياسة ، وما أبعد ذلك في معظم الأحيان عن الحرية والصدق !!

وتزداد حيرتي ... كالعادة

البحث العلمي في الممارسة الاكلينيكية :

من حيث لا أدري كنت أقوم في ممارستي الاكلينيكية بنوع من البحث

العلمي غير المقنن ... حيث يعتبر كل مريض مشكلة قائمة بذاتها ، يوضع لها
الفرض العلاجي القابل للتصديق ، ثم يعطى العلاج — بغض النظر عن نوعه —
وتتبع النتائج التي ما هي إلا تقييم ما اتخذ من إجراءات علاجية وهكذا ،
وبذلك أجرى بالرغم منى كل يوم عشرات الأبحاث التي تتضمن — المشكلة
الفرض — المتغيرات — الملاحظة — الاستنتاج ، وتدخل هذه الخبرة إلى
خلاياي دون أن أدري لتنمى عندي الحدس الذي يسمى « الشعور الكلينيكي »
Clinical Sense ، وحين كنت أحاول أن أقلب هذه الملاحظات الإكلينيكية
إلى تجارب مقننة كنت أحس أني أقوم بتشويه خبرة فنية بأساليب لا تمت لها
بصلة ... ومع ذلك كانت تستمر التجارب وتخرج النتائج ... ومهما كانت
النتائج مقننة إلا أنها دائما أقل من إحساسي بواقع التجربة ..

وكنت دائما أقر وأعترف أنه ليس في الإمكان لغة أخرى للتفاهم مع
الآخرين .. فما أحس به وأتمسك له أنا .. قد لا يعنى شيئا عند آخر ، وهذا
تصور لا أعرف له حلا ، ولا أخال أن أى إنسان حر صادق يعرف له حلا إلا
أن يسلك مسلك التصوفة ليتحدث لغة خاصة مع من يفهمه فحسب ، وأنا لا
أهاجم هذا الطريق بل إن كل ما أخذه عليه هو أنه لغة القلة .. أو الندرة ..

وأهم ما صحح فهمي واستنتجتي هو فشلي ، وقد أيقنت أنه في كل مجال
بما في ذلك بحوث تقويم العقاقير لا تهتم العينة الضابطة والمعاملات الاحصائية
بقدر ما يهتم تسجيل الملاحظات بالنسبة لكل حالة ، وطرح التساؤلات بالنسبة
لكل فشل ، إن مجرد هذا التسجيل يتيح للممارس ثراء علميا ضخما وفرصة
للمراجعة ، كما يتيح للآخرين ممن تتاح لهم الفرصة للاطلاع على هذا التسجيل
الأمين أن يعيدوا النظر وبالتالي يراجعوا تسجيلاتهم ويقارنوها ببعضها البعض ومن

أهم الملاحظات التي أفادتني أكثر من أى بحث مقنن هو ما سجله المرضى أنفسهم عن تطورات حالتهم بالعلاج أو بدونه ، وقد كانت هذه المذكرات الخاصة مصدرأ هائلا للعلم فى مجال الطب النفسى طول تاريخه ، فالجميع يعرف حالة « دكتور شريبر » التى تعلم منها فرويد القسام والضللال ، كما أن كتابا بأكمله ما زال مرجعاً أساسياً فى علم السيكوباثولوجيا منذ سنة ١٩٢٣ حتى الآن وهو كتاب « ياسبرز » قد بنى جزء كبير منه على ملاحظات المرضى عن أنفسهم .

واسكن هذه التسجيلات جميعاً - بلغة البحث العلمى فى مجالى وما يمارس منه لغرض الترقى ليس لها قيمة - أو على الأكثر ، فإن قيمتها يسمونها « وصف حالة » بالرغم من أن هذه الحالة قد تكون فاصلة فى إيضاح فكرة واحدة قد تطبق على نوع كامل من الأمراض ، وما زلت أذكر ما كتبه للرحوم الفنان كمال خليفة عن حالته - وقد صاحبه فى أزمتة سنوات - فيما يقع فى أكثر من ستة عشر ألف صفحة أمل أن أفرغ لها يوماً ، وقد تصورت أنى لو عكفت على دراستها خمس سنوات مثلاً فإنها - بعون الله ! - لن تعتبر بحثاً ، فى حين أن قياس الضغط والنبض يومياً تحت تأثير حقنة ما لمدة أسبوع سيغضى جداول ونتائج تبهر اللجان وترضيهم !!!

المعمل الشرطى :

وحين كنت فى مهمتى العلمية فى فرنسا حاولت أن أشاهد وأشهد أكثر مما أعمل وأمارس وكانت فرصتى ضخمة حيث التحقت بخدمة مكتشف عقار اللارجا كتيل الأستاذ د . « ديليه » وأتيحت لى الفرصة لمشاهدة معمل السيكوفارما كولوجى التابعة له وللأستاذ د . « دينيكير » حيث أيقنت أن أى محاولة كيميائية نجريها فى بلدنا بالسحاحة والمآصة !! فى مجال الطب النفسى هى مضيعة للوقت

ليس إلا ، وأنا ينبغي أن فكف على متابعة ما يجرى من أبحاث في هذا المجال في العامل المهيئة لذلك ، وأن تقصر جهدنا على التطبيق والتسجيل الأمين لنوع مرضانا وطريقة شكواهم ومختلف استجاباتهم .

وقد حاولت - هناك - أن أعرف كل نشاطات البحث المتاحة ، وكان من أكبر العامل التي جذبت انتباهي معملا لإجراء تجارب الارتباط الشرطي على الإنسان يتبع الأستاذ د . يشو وتقوم على مسئوليته آتسة متقدمة في العمر تتصف بالدقة والأمانة والحماس ، كما تتصف بالجفاف العاطفي والتعصب العلمي كذلك ، وذهبت إليها ورأيت العجب ، فقد كان الجزاء الذي يعطى للإنسان تحت التجربة على كل استجابة صحيحة هو « ملبسة » تماما مثل القط أو القرد الذي يضغط على مؤشر فيحصل على كرة صغيرة يلعب بها أو قطعة من السمك أوحبات من القول السوداني ، وجزعت أن العلم وممل إلى هذه المرحلة ، أهذا هو الإنسان ؟

وقلت لها : وهل يدخل عامل الذكاء والتعاون في الاعتبار ، قالت ليس مباشرة ، لأن كل إنسان يمكن أن يكون صالحا للتجربة ، وقلت لها أنى أريد أن يجرى على الاختبار باعتبارى من العينة الضابطة ، وبدأت التجربة على أنا شخصيا وطوال ساعات يرن الجرس ، وبمر تيار الهواء البارد على عيني فأغمضها ثم يصدر أزيز رفيع إلى آخر ذلك من مؤثرات محسوبة ، وأنا أفعل في كل مرة ما يحلو لي وذلك ما حذرته منه من أول الأمر ، وقد فشلت التجربة وقالت لي « أنت صعب » وقلت لها أنى قصدت العناد... وأنها ينبغي أن تضع ذلك في الاعتبار وواقنتى بالأمانة العلمية اللازمة .

ولكنى طوال التجربة كنت أخجل من أن يجرنا انبهارنا بالعلوم الأدنى كالكيمياء والطبيعة ، واحترامنا لتأثيرها التى غيرت وتغير شكل حياتنا ، إلى وضع الانسان فى قفص ، يضغط فيه على مؤشر فتخرج « ملبسة » ... لا أظن أن هذا هو البحث العلمى الذى سيوصل ...

وأنا لا أعتقد هنا الارتباط الشرطى كعامل أساسى فى تكوين سلوك الانسان وفى تعلم اللغة وفى الصحة وفى المرض ، ولكنى أعرض كيف يمكن أن يكون شكل البحث العلمى لظاهرة صحيحة متواضعا ، وأكاد أقول وضيعا ، فليس معنى أن يكون الارتباط الشرطى ظاهرة مشتركة بين الحيوان والانسان أن تصبح الطريقة فى الاثنين واحدة ... إن الأساس واحد ولكن التطبيق مختلف نوعيا وجوهريا .

وقد حاولت باستمرار أن أحضر « اجتماع الباحثين » كل يوم أربع مع الأستاذ الدكتور يشو ، وكان اجتماعا غنيا بكل أصناف البحوث من أول تحليل اللفظة فى كلام المرضى تحليلا تفصيليا حتى الدراسة الاحصائية الحسائية للسلوك .

الحيوان والانسان .

وقد أيقنت تماما استحالة تطبيق التجارب المتشابهة على الحيوان مثل تطبيقها على الانسان ، كما تأكدت أن أى تعميم يخرج من معامل أبحاث الحيوان للانسان هو تعميم ينبغى أن يؤخذ بالحذر التام ، فالانسان يمثل مرحلة من التطور لم يصل إليها الحيوان (وإن كان بدوره ربما يتطور فى طريق آخر) ، وعندى أن الذهان الوظيفى هو مشكلة من المشاكل الخاصة بالتطور

الإنسانى ، وهذا هو اهتمامى الأول ، وقد أورد « ياسبرز » أنه لاجنون الهوس والاكتئاب ولا القصام قد وصفا فى الحيوانات إطلاقا ، فكيف بعد ذلك نعلم نتائج الحيوان على الإنسان ..

بل إن تصورى لجنون الهوس والاكتئاب والقصام هو أنهما نتيجة للصراع بين الإنسان والحيوان فى داخل الإنسان ، فهما من صور القشل التطورى ، فكيف أفهم هذا الصراع الذى هو أساسا بين إنسان وحيوان حيث لا يوجد إنسان يتصارع فى معمل يحرق تجاربه على الحيوان فقط .

ونحن نفرح بالنتائج العملية على الحيوان لأنها سهلة ومقننة ويمكن إعادتها والتحقق منها ، وهى قد تهدينا إلى تفاعل كيميائى أو ظاهرة كهربية ، ولكنها لا يمكن أن تحمل مشكلة فهم الإنسان وخاصة فى مجال الطب النفسى واضطرابات المتشابكة المقدمة ..

كما أن النتائج الكيميائية على الخلايا ، وعلى جدارها ، وعلى الحاجز بين الدم والنخ ، وعلى نفاذ مادة كيميائية دون الأخرى ، كل هذه نتائج هادئة تنير جزء من مائة من الحقيقة ولكنها ليست الحقيقة ، وكثيرا ما سمعنا عن بحث علمى أثبت أن العقار كذا يعمل بالطريقة كذا ، وبتمكينا البسيط نأخذ هذه الحقيقة ونعممها وننتصر أن حل مشكلة الإنسان سيأتى من دراسة الخلية وحدها ، وكنت أرفض كل هذا المنطق مع إصرارى على تجميع الحقائق ووضع الفروض المتتالية دون الجزم بنتائج نهائية فى مراحل قصورنا العلمى الحالى ، وهذا لا يعيننا فى كثير أو قليل بل هو يهديننا إلى مواصلة التفكير والتدبر فيما قرأنا وفيما فعلنا .

الألفاظ والشعر :

على أن ذلك كله لم يغطي أ كفر بمبدأ البحث العلمى بل جعلنى أتمسك به أكثر، على شرط ألا يطنى الأدنى على الأعلى

ودعنا تقابل مراحل البحث بمراحل تطور اللغة مثلاً :

فتعلم الحروف والأصوات تقابل جمع المشاهدات الأساسية التى تُجمع فى حقول البحث العلمى .

والمرتبة التالية هى تعلم الكلمات ذات المعنى .. وهى تقابل الاستنتاجات البسيطة من المشاهدات .

والمرتبة الأعلى هى صياغة هذه الكلمات فى كلام مفيد رصين أعلى درجاته الشعر ، وهذا ما يقابل مرتبة القرض الخصب والإلهام العلمى .

وكل مرتبة أعلى ترتبط بالمرتبة الأدنى ولا تستغنى عنها ، فلا يمكن أن يكون الكلام مفيداً دون ألفاظ ذات معنى ، ولا يمكن أن يقول الشاعر الشعر دون ثروة لغوية وقدرة طلاقية خاصة ، كذلك الحال فى البحث العلمى لا يمكن أن يهبط الوعى العلمى دون مشاهدات مقننة متنوعة وقدرة على استعمال هذه المشاهدات والتوفيق بينها فى كل جديد .

ولكن .. إذا طغت مرحلة تعلم الحروف والألفاظ على ما يليها ، فإن الإنسان لن يفيد إطلاقاً من تعلمها مهما بلغ عددها ، وهذا ما يحدث عندنا للأسف وينمى ويؤكد كده طريقة تهويننا للأبحاث ، فأننا نكتفى بالحروف والأصوات

عن الكلام المفيد فضلا عن الشعر ، وذلك لأننا نقيم البحث العلمى بكمية الحروف التى أظهرها هذا البحث أو عدد الكلمات ، ونهمل مقالا قد يحوى فرضا خصبا أو نظرية متكاملة .

وكأننا نفضل ألف كلمة مما نسميه عند المتدهورين من المرضى النفسين « سلطة كلام » على بيت شعر واحد .

إن الألفاظ لازمة لكتابة اللغة ، وأرقى مراحل التعبير هو الشعر .

وكذلك المشاهدات لازمة للمعرفة العلمية ، وأدق مراحل البحث العلمى هو الوعى العلمى الجديد .

وكما أن التوقف عند مرحلة تعلم الألفاظ هو نوع من « سلطة الكلام » غير الصالحة للتفاهم ، كذلك التوقف عند للملاحظات والمشاهدات نوع من « سلطة المعلومات » .

وقد تصورت أن كل باحث عليه أن يعى تماما ماسبق من معلومات وأن يلم بما كان من أبحاث ، وأن يحاول ما أمكن من محاولات ، وأن يتقن كل الطرق السائدة الممكنة ، ثم بعد ذلك يقف وقفة طويلة يناقش نفسه فى كل ما كان ، ويحاول أن ينسأ كله حتى يختلط بذاته .. ثم يقبل فى مرحلة جديدة كل الجدة إلى مجال البحث بصدق وأمانة ، غير مرتبط بفكرة الترقى إلى درجة أعلى أو التوقى من منافس يحذى استعمال الألفاظ دون المعانى ، وتذكرت فى مقابلتى التى اصطنعتها بين البحث العلمى وقرض الشعر أن هذا هو الأسلوب الذى كان يتبع للشعراء المبتدئين وأظن قصة أبى نواس الشهيرة هى أوضح مثال لذلك ، حيث ذهب يتلمذ على خاف الأحرر وبعد أن لازمه حوالى العام ، استأذنه فى نظم الشعر فقال له « لا

آذن لك إلا أن تحفظ ألف مقطوع للعرب ما بين أرجوزة وقصيدة ومقطوعة ،
فغاب عنه فترة طويلة وجاءه لينشده ما حفظه فسأله : كم حفظت ؟ فقال : ألف
مقطوع فقال أنشدها ، فأنشدها في عدة أيام ، وسأله أن يأذن له في نظم الشعر
فقال : لا آذن لك إلا أن تنسى الأشعار كلها ، فقال له : هذا أمر يكاد يكون
مستحيلاً فقد أتقنت حفظها ، فقال : لا آذن لك حتى تنساها ، فذهب إلى بعض
الأديرة وخلي لنفسه واستطرق حتى نسي الشكل والصورة واللفظ ولم يبق في
خاطره إلا الجوهر والمعنى ، وجاء إلى خان يقول له : لقد نسيها حتى كأتى لم
أحفظها ، قال : الآن أنظم للشعر .

هذه القصة رغم ما فيها من مبالغات تشير إلى ما أقصد إليه من أنه على
الباحث أن يعرف ويحقق كل ما هو قائم ، ثم ينسى كل ذلك ويعيد النظر في نفسه
بأمانة العلماء وتحت إشراف الأساتذة الثوار ، ثم يعود إلى العمل يستلهم
الوحي ... وإلا فالمسألة تكرار وجود بلا طائل .

إذا فإن المعلومات والمشاهدات لازمة لزوم الثروة اللفظية والمعاني التي حفظها
أبو نواس ولكن حتى نصنع شيئاً من هذه المعلومات ، يلزم أن نمر
بفترة حضارة واحتواء ، ثم فترة تقشف نفسي عفيف ، وأن نتصف باستعداد
حضاري ضخم ، ومقدار هائل من القلق والرفض والحب ، ونوعية متطورة
التواجد الإنساني ، وفكر حي لا يخاف وأن يتم كل هذا في بيئة علمية متقدمة .

وليست هذه الصفات من الأشياء التي تقابلها كل يوم في أي مكان ، ولكن
ينبغي أن تكون وظيفة معامل الأبحاث الأولى في بلد مثل بلدنا هذا هي تقريب
هذه القدرات وتسميتها ، لأنه إذا زاد عدد الذين يتمتعون بها ، زاد احتمال

الصحة العلمية التطورية، وأصبح الأمل في أن يفيد اللفظ معنى أملا قريبا، وبعد أن يصبح اللفظ معنى يصبح قول الشعر احتمالا، أى يصبح الوحي العلمى على الأبواب .

وعندنا في الطب النفسى نتحدث عن أول أعراض التدهور العقلى وهى أن يفقد اللفظ معناه، وأظن أن هذا هو نفس الأمر في التدهور الحضارى، لذلك فإني أرى التوقف عند الأبحاث الجافة والمشاهدات العمياء مثل اللفظ الذى أفرغ من معناه وخاصة إذا اتجه التقويم إلى إهمال المعنى وانصرف إلى عد الحروف في الألفاظ .

والخطر كله يكمن في تشويه الجيل الجديد الذى يدخل العمل لأول مرة، لأن النظام الحالى يجعله يظن أن مرحلة إتقان نطاق الألفاظ بدون معنى هى بديل عن اللغة المتكاملة، بل هى أفضل من اللغة المتكاملة... وهذا نتيجة ربط الترقى بكمية الأبحاث .

والخطر الأكبر يأتى من تقدير البحث العلمى بقرار اللجان وليس بقيمته فى تطور الانسان .

والخطر الأخير يأتى من تصور الناس أن ما جرى من أبحاث لا يأتىها الباطل من بين يديها ولا من خلفها .

* * *

وفى البيئة العلمية المختصة المتواضعة التى نشأت فيها، وفى الوقت القصير الذى مارست فيه البحث العلمى، وبين طغيان الألفاظ على المعانى ما كان يحق لى - ولا يمكن أن - أثور .

ولكن الذى « ذاق » يعرف أن هذا أمر لا يرتبط بالحق ولا بالإمكان
فهو غالبا ما يحدث بالرغم من الإنسان وليس نتيجة مباشرة لسعيه ، وقد حدث ..
وما علىّ إلا أن أعترف به .

ولا مانع أن أشك فيه .
ولكن هذا ما كان .

* * *

عل أنى كنت أراجع نفسى دائما فأجد - كما ألفت سابقا - أن جذور هذه
الأخطاء المتراكمة ترجع إلى طريقتنا فى الحياة ، وأسلوبنا فى التفكير الذى نرى
وترعرع فى جو تعليمى عتيق ، ربما كان مثاله الصارخ هو تعليم الطب .

الفصل الرابع

في التعليم الطبي

« الرجل المتعلم ، هو ذلك
السكران الذي يقتل الوقت
بالدراسة ، حذر من معلوماته
الزائفة لأنها أخطر من الجهل »

برناردشو

قال لي ابني الأكبر (عشر سنوات) وهو يحاورني « لماذا يفعل الناس هكذا؟ » قلت له « هكذا ... ماذا؟ » قال « يدخلون أولادهم المدارس دون أن يعرفوا ذلك هدفاً محدداً؟ » قلت « كيف؟ » قال « مصطفى (أخوه) مثلاً أو حازم (ابن عمته) دخلا المدرسة هذا العام دون أدنى فكرة عند الأهل إذا كانوا قد دخلا ليتعلما أو ليتقنوا أو ليتوظفوا » قلت له « إذاً لماذا أدخلوها؟ » قال « يبدو لي أن الأولاد يدخلون المدارس لمجرد أن سنهم قد وصل إلى سن المدارس دون تفكير في أي شيء آخر »

وقلت « صدقت »

• • •

وتعجبت منه ومنى ، وأشفقت عليه إذ بدأ طريق « لماذا؟ » في هذه السن وتساءلت متى بدأت طريق الجيرة، وحاولت أن أذكر فوجدتها طريقاً بلا بداية، ووجدت أن حيرة ابني مع التعليم وطريقة تفكير الوالدين هي نفس حيرتي مع التعليم الطبي وفكر المسؤولين عنه ، إذ لم أجده جواباً أبداً عن تساؤلاتي « لماذا يدرس الطلبة هذا العلم دون ذاك ، وبهذه الطريقة دون تلك؟ » وكان الجواب دائماً أن الطالب يدرس المقرر ، والمفروض هو المقرر ، وهو مفروض منذ مائه سنة أو تزيد لا يتغير تقريباً .

القصة من أولها :

منذ دخلت كلية الطب - وقد فعلت ذلك بحكم العادة - وأنا أتساءل « لماذا » في نفس الوقت الذي أمارس فيه عملية الجشو العلى التي يسمونها التعليم ، أحشر في مخي معلومات جافة ، وانهاياها على ورق أبيض آخر العام ، ثم أدخل امتحانات شفهية غير مقننة تتوقف على مزاج الممتحن الذي يتوقف بالتالي على قهوة الصباح ورضا السيدة حرمة ذلك اليوم - أكثر من توقفها على

ما يحويه عقل الطالب ، وقد كانت دائماً سمات شخصية المتحن ودرجة بقظة ضميره أهم من حافظه الطالب ودرجة استيعابه في تقويم الموقف وتحديد درجة الامتحان الشفهي ، وقد اجتزت كل هذه الامتحانات بفضل الدم الفلاحى الذى يجرى فى عروقى أكثر من فضل المعلومات التى انحشرت داخل عقلى ، ولم أفتل مرة واحدة طوال حياتى فى أن أحصل على شهادة ما ، ومن أول مرة ، رغم أنى لم أستلم شهادة مزركشة فى حياتى إلا شهادة دبلوم الأمراض الباطنية حيث اضطررت لحضور حفل تسليمها حينذاك ، أما ما قبلها وما بعدها من شهادات مزركشة فلم ترها عيني أبداً ، ومع هذا فقد كنت أحس دائماً أن الشهادة ضرورة لازمة ، إذ لا بد من ورقة ، وبجاح ، ومركز ، حتى أستطيع أن أكتب هذا الكلام الذى أكتبه الآن ليصل إلى الآذان والقلوب التى أريد لها أن تهيق من غفوتها ، فلو أنى لم أحصل على هذه الدرجات والوظائف لقالوا طالب فاشل أو طيب حاقد ينفس عن شعوره بالنقص ، أما وقد أصبحت ما أصبحت فقد صار من حقى بل من واجبى أن أقول « لا » .

لا ... ليس هذا نظام لتعليم الطب ولا لتعليم أى شىء ، فهذا تكرار لأسلوب أكاد أقول قد فشل فعلاً إذ هو يهتم بكم المعلومات دون جدواها وقاелиتها وهو يهتم بما بين دفتى الكتاب أكثر مما يهتم بما بين جوانب المريض .

ونظام التعليم بصفة عامة لا يتيح انتقال الخبرة من إنسان لإنسان ، وإنما قد يتيح حفظ المعلومات بغض النظر عن أهميتها ، وكأن الإنسان مخزن لحفظ الأشياء أو مبردا (فريجيدير) وليس مصنعاً لصنع الجديد ، وكأن المعلومات التى تدخل إنما يحتفظ بها فى خلايا مثلما تحتفظ بها على شريط تسجيل أو فى صفحات كتاب ، وتستدعى حين الطلب ولكن شريط التسجيل وصفحات الكتاب أكثر أمانة ودقة فى هذا السبيل ، إذا فإن عقل الاتيان يستعمل لأغراض لا

يصلح لها أو على الأقل لا يقتصر عليها وحدها ، ولذلك فهو سرعان ما يلفظ هذه المعلومات أو تصدأ بمرور الزمن ولا يتبقى لديه إلا المعلومات البسيطة المستعملة ، وما أقلها بالمقارنة بما حشر في رأسه من معلومات طوال سنى دراسته .

وفي الطب خاصة تسقط هذه الوسيلة الحفظية سقوطا شديدا ، لأنه إذا كان الطب حرفة فلا بد من وجود نظام « المعلم ... والصي » ، وإذا كان الطب عقيدة أو إيمان فلا بد من نظام « الشيخ . . والمريد » ، وإنما واقع دراسة الطب قول أنه لا يوجد صبيان ولا مشايخ وإنما مكن وكتب ، وحتى في التعليم الأعلى والتخصص الدقيق حيث « النائب » صبي « الأستاذ » انقطعت العلاقة بينهما في كثير من الأحوال ، وأصبح انكباب « النائب » على الحصول على الدبلوم من ناحية ، وانشغال الأستاذ بالاشراف على الأبحاث من ناحية أخرى هو شغل الاثنين الشاغل ، أما أين العلاقة العاطفية ، وأين « شغل المعلم لابنه » فقد توارى خلف الأرقام الاحصائية والعمل الروتيني بكل أسف .

ودراسة الطب تبدأ بسنة في كلية العلوم تعيد فيها ما درسناه في الثانوية العامة ناقصا في بعض الأجزاء ومفصلا في أجزاء أخرى وتسمى السنة الاعدادية ، وطالما تساءلت أثناءها وبعدها لماذا أضاعوا هذه السنة من عمرى ، فمنذ انتهت منها لم يبق في مخي شيء مما درسناه فيها ، وإضاعتها تم على حساب إطالة المدة الدراسية ، وعلى حساب التدريب العملي والاكلينيكى في المستشفى ، ومهما قلت وكررت في هذا الأمر فإنهم يتمسكون بأن العلوم الأساسية هي الأساس ، وهذه حقيقة ولكن أساس ماذا ؟ فلنحدد الهدف أولا ثم نرسم الأساس على قدر ما نريد الوصول إليه ، ونذكر القصة بطريقة مخففة في السنتين الأولى والثانية فالطالب يغرق في بحر من التفاصيل ويعرف مسار أدق الشرايين وفروع

الأعصاب وحتى طبقات « الشفت » أو « الفاشيا » ، وكأنه يدرس التشريح للتشريح وليس التشريح للطب ، وقد عانيت من ذلك كله ما عانيت ، ولكن « فلجى » ونضجى (١) أجل ثورتى حتى أكتسب مؤهلات الثورة ، ولو رفض عقلى حينذاك هذا اللغو من البداية ما توصلت لكتابة هذا الكتاب أو غيره أبداً ، وقد كنت أتحمّل على نفسى بشتى الطرق حتى لا ترفضه ابتداءً فينهز كل شيء قبل الأوان ، وألجأ إلى التلخيص تارة وإلى التمكنيت أخرى حتى أفسح مجالا بين خلايا نغى لاستقبال هذا البكم الهائل من الألفاظ الجوفاء ، ولو بصفة مؤقتة حتى يمر الامتحان ، وقد كانت ترضى هذه المعلومات بالإقامة المؤقتة داخل تجاعيد نغى ثم تلفظ فى أول فرصة بعد الامتحان ، وأذكر ذات مرة وكنت فى السنة الثانية أن هاجمونا قرب آخر العام بكتابين فى فرعين من فروع مادة « الفسيولوجى » ولم يكن هناك وقت كاف لاستيعابها وكان واحد منهم فى العضل والأعصاب والآخر فى الحواس الخاصة ، وارتبكت ، وعبثاً حاولت أن ألقها بظاهر عقلى ، وأخيراً اهتديت أن أتحايل على عقلى بأن أعمل موجزاً على طريقة الكتب الصفراء ما زلت محتفظاً بهما حتى الآن أضحكك كلما شاهدتهما وأنا أقلب مكتبتي واسمهما ، عجيب فى الطب أوردته هنا لا تظهر مدى تحايلى على نفسى فقد سميت الأول « مفرح الأحباب . . . فى العضل والأعصاب » والثانى « آخر همسة . . . فى الحواس الخمسة » إشارة إلى الهجوم التدريسى فى آخر لحظة على عقولنا .

وكنت دائماً أقول ما أسخف كل هذا .

ويستمر السخف في السنين التالية ، وفي السنة الرابعة والخامسة يعرف الطالب عن الجثث في علم الطب الشرعي ، أكثر مما يعرف عن العواطف الانسانية الرقيقة في علم الطب النفسي - ولي عودة تفصيلية في هذا الموضوع .

وقد خرجت بانطباع محدد من كل هذا الطريق وهو « إن تدريس الطب بهذه الصورة عملية منظمة لتحويل إنسانية الطالب إلى آلية جهاز الضغط والترمومتر ، وكأنها طريقة منظمة لقتل كل الشاعر ، والقضاء على الفكر الانشائي والاتجاهات الابداعية لدى الانسان » .

إن التركيز على تفاصيل عروق أصابع القدم دون مشاعر الانسان المريض هو تشويه للانسان وتعويق للتطور ، وإذا استمر الحال على هذا النوال فخلق بنا أن نخفف من غلوائنا في الحديث والدفاع عن المهنة الانسانية الأولى ، ونحن نسلبها كل ما فيها من إنسانية بطريقة التعليم أولاً ، ثم بالكاسب بعد ذلك .

الطب من الكتب :

وقد طغى في الطب التعليم النظري على التعليم العملي والا كـلينيكي طغيانا مخلاً ، فمنذ حل الكتاب محل الاتصال الشخصي العاطفي بين المعلم والصبي ، أو بين الشيخ والمريد ، تدهور مستوى الطبيب تدهوراً رهيباً .

والكتب بصفة عامة خطر على قارئها رغم أنها من أهم مصادر المعرفة في عصرنا الحاضر ، ولكنها ليست بديلة عن التعلم بالممارسة والنشاط ، وكما يقول برناردشو « النشاط هو الوسيلة الأولى للتعلم » ، وإن صدق هذا على أحد فإنه يصدق علينا تماماً ، لأن قديسنا للكلمة المطبوعة ينسبنا طريقة التعليم المثل بالنشاط والممارسة ، والانسان الحديث لا يستطيع أن يلم بكل ما تخرجه المطابع التي تتحفنا كل يوم بأكثر من ألف كتاب ، ولا سبيل أمامه إلا أن ينتقى ما يقرأ ، وأن

يوافق بين ما يحتاج وما يستطيع ، وأن يعمل ما يعلم ، ويعلم ما يعمل ، وبذلك يصبح وحدة فعالة متكاملة ، أما أن نركز على تشويه طريقة التعليم وتقييم الانسان المتعلم بقدر ما يحمل عقله من معلومات فهذا تأخر لا يتناسب مع مرحلة تطورنا ، بل إن طريقة الدراسة الحالية والمغالاة في قيمة المكتوب يحمل خطر سجن عقولنا وراء المسلمات والحقائق القديمة ، وهذا السبيل يجعل الكتب ضارة وليست بخير فائدة فحسب ، وقديما قال رالف إمرسون « الكتب خير الأشياء إذا أحسن استعمالها ، أما إذا أسيء فهي من شر الأمور ، ماهو الاستعمال الصحيح ؟ وما هو الغرض الوحيد الذي تهدف إليه كل الوسائل ؟ ليس للكتب غرض سوى الإلهام ، وإنه لخير لي ألا أرى كتابا من أن تضلني جاذبيته عن مجالى ضلالا مبينا ، أو أن أصبح تابعا بدلا من أكون صاحب رأى . »

إذا . . . فالكتب وسيلة لتوسيع المدارك ولنقل للعرفه ليست رباطا يُلَف حول التفكير المجدد ، وهي تنير الفكر وتنير الطريق ، ولكنها ينبغي أن تكون وسيلة تساعد وليس بديلا يعوق ، وتركيبنا بالذات يجعلنا نعبد الكلمة المطبوعة وكأنها صنم إله ، بل إننا نقرأها بلا تحفظ ونأخذ كل فرض على أنه حقيقة ، وكل احتمال على أنه حتم ، وكل وجهة نظر على أنها قانون ، وننسى في قراءتنا دائما العبارات السابقة واللاحقة للحقائق المحتملة التي تنزل بنا إلى أرض التواضع العلمى والحذر مثل عبارات « من المحتمل ... » ، « يبدو أن .. » ، « قد يكون ... » ، « ربما يشير هذا إلى ... » ، إلى آخر هذه العبارات التي تحدد قيمة المعلومات ، ولكننا نأخذ ما نقرأ بطريقة الجزم والحتم والمبالغة وكأننا نهرب من محاولة التفكير ، إذ أنه لو كانت هذه « العلومة » ربما ، فما هو البديل ، أليس في ذلك دعوة للتفكير ونحن بطريقة حياتنا وطريقة تعليمنا نشعر أن أخطر الخطر يأتينا من

التفكير الحر ، لذلك نلجأ إلى تضخيم المشاهدات التفصيلية ، لنعمى عقولنا من التعرض لخطر الانطلاق الحر فى متاهات الفكر الطليق .

إذا . . . فالكتب بصفة عامة تحمل القائدة وتحمل الخطر معا ، ولا بد أن نتعلم طريقة لقراءتها حتى نستفيد منها ، وهى بالتالى ، وخاصة فى الطب ، لن تغنى عن العلاقة بين المعلم والمتعلم ، وينبغى أن نتعلم كيف نقيم الكلمات ، وكيف نفهم ، وكيف نستوحى مما نقرأ الإلهام ، وكيف نثير قدرتنا على الرفض ، وعلى الانتقاء ، يقول إمرسون مرة ثانية « فلكى تحسن القراءة يجب أن تكون منشئاً فهناك إذن قراءة منشئة . كما أن هناك كتابة منشئة ، وحينما يقوى العقل بالعمل والاختراع تصبح صفحة أى كتاب تقرأ مضيئة بالاشارات العديدة وتتضاعف دلائل العبارة الواحدة » .

وكنت أتساءل دائماً ، لماذا أحاول أن أعمل ملخصات حتى للكتب السهلة الموجزة الواضحة ، بل إن الأمر كان قد يصل بى إلى أن يكون الملخص مطولاً عن الأصل ، المهم ألا يكون كتاباً مطبوعاً بل بخط يدى وأسلوبى ، وبالتالى أحرر من سجن اللفظ المفروض وأصاحب اللفظ الخاص بى ، وكأنى بذلك كاتب الكتاب وصاحب المعلومات ، فتتصالح بهذا أنا والكتاب وأسمح لحتواء بأن يمكث فى ذهنى المدة المقررة ، وحتى المحاضرات لم أكن أستطيع أن أتبعها أبداً فضلاً عن أن أكتبها حتى كفت عن حضورها تماماً لدرجة أن زملائى كانوا يتندرون على قائلين أنى من « طلبة المنازل » ، لأن المحاضرات - فى إجمالها - كانت تقال بنفس طريقة الكتب بل كانت تصل إلى درجة الإملاء ، وما زلت حتى الآن وأنا أدرس لا أستطيع بأى صورة من الصور أن أملى محاضرة أو درساً ، وأعتقد أن هذا إهانة للمحاضر والمتعلم معاً ولكن الطلبة نصر على الإملاء وعلى التدوين الحرفى ، وكأن الأستاذ قد أصبح من

شعراء الجاهلية ، وكأن الطلبة هم الرواة يحفظون عنه مايقول عن ظهر قلب ، هو يقول وكأنه ينثر الدر الثمين والطالب يجمعه بلا روح ولا نبض ولا هدف سوى الامتحان ، ويروى الرواة الشعر في الأسواق (الامتحانات) وتكرر التمثيلية كل عام .

وحين ظهرت الكتب المحلية للأساتذة المحليين، حلت إشكالات ضخمة مثل إعفاء الأستاذ والطالب من عملية الاملاء وكذا التخلص من النقل الحرفي عن الخبرة الأجنبية ، ولكنها أنشأت إشكالا آخر وهو تعطيل ذهن الطالب عن التأليف بين المصادر والتوفيق والابتكار ، وأصبح الكتاب المقرر هو المصدر الأوحده للمعرفة، وبذلك ضاعت على الطالب فرصة أن يجد ذاته الخاصة من وسط الكتب المتعددة . . وجعل الطالب يلتزم بالكتاب المقرر حرفياً ، بل بالجزء المقرر من الكتاب المقرر ، وإذا حدث أن قرأ - خطأ - جزءاً غير مقرر، وعلم بعد ذلك أنه غير مقرر ، فإنك تراه يشد شعره أسفاً على ما كان ، ليس لمجرد أنه كان يستطيع أن يملأ وقته بالأكثر فائدة ، بل لأن شيئاً غير مقرر دخل عقله خلصة ، ويجاهد - لو استطاع - أن ينساه ، وكأن الله خلق عقولنا لمعلومات بذاتها لا يصح أن نزيد عنها خشية أن يمتلئ الخزن بما لا لزوم له ولا يبقى مكان للأهم ، وكأن العقل الانساني اقلب مخزنا للمعلومات ، وباليته مخزن محكم ، إذ أن محتوياته تتسرب بفعل الزمن وعدم الاستعمال ، وننسى بذلك أو نشل بذلك العمل الأساسي للعقل البشري وهو الابتكار والتجديد وننسى أن الكتب هي مجرد معين للذاكرة كما قال أفلاطون على لسان سقراط في فيدروس ، وننسى في تدريسنا أن للعقل وظيفة - غير كونه مخزناً - ينبغي أن تنمي على التفكير الانشائي ، وعلى المنطق المرتب وعلى النظرة الكلية ، ننسى ذلك لأننا نهمل ارتباط العلوم ببعضها بعضاً ، وتناساه خوفاً من التفكير الحر .

الطب والفلسفة :

ومنذ قديم وأنا أرفض الانزلاق وراء الجزئيات على حساب الكل وأشعر أن هذه مشكلة الشاكل ، وقد انزلق الطب إلى التفاصيل على حساب المفهوم الكلى للعلم وللإنسان ، ومنذ انفصل الطب عن الفلسفة والناس تتصور أنه أصبح أكثر « علماً » وأقل « لامنطقاً » ، والحقيقة أن هذا الانفصال لايعنى الاختلاف أو التخصص وإن بدا كذلك لأول وهلة ، فالعلاقة بين العلم والفلسفة علاقة قائمة ومستمرة ، ولن أمتطرد في الدعاوى التي تفصل بينهما، أو الأسانيد التي توفق بينهما، وإنما لابد أن ندرك ونحن نراجع أنفسنا أن التفكير الفلسفى - بمعناه الحقيقى والحسابى - هو أصل العلوم ، وعلينا أن نرفض أن يكون مفهومنا عن الفلسفة هو الحديث فيما لا طائل وراءه مما يترتب عليه مانسمعه من البعض وهم يهتمون بعضهم البعض بالفلسف ، وقد اقترنت كلمة الفلسفة بالصعوبة أو السفسطة أو المباحثات النظرية التي لا جدوى منها، وكل ذلك خطأ شائع ، فليس أقدر على التفكير الفلسفى من العقل الحسابى ، وكثير من الفلاسفة قد اهتموا إلى حقائق علمية تتعلق بالمحسوسات قبل اكتشافها بسنين لمجرد اعتمادهم على التفكير المرتب ، والتقدير المضبوط والحساب الدقيق ، وعمانويل كانت، فيلسوف العصور الحديثة - كما يسميه أستاذنا العقاد - ، قدّر مكان السيارات الشمسية قبل تقدم التليسكوب لاكتشافها وثبت صحة تقديراته تماماً، فعلاقة العلم الرياضى بالفلسفة علاقة قديمة، وأفلاطون يذكر فى القوانين (٨١٨ ب) «أن جميع المواطنين يجب أن يتعلموا العلم الرياضى أى الحساب والهندسة والفلك » وهو الذى كتب على أكاديميته « من لم يكن مهندساً فلا يدخل علينا » .

إذا فالتفكير المنطقى والفلسفى والحسابى أساس لأى تفكير علمى وينبغى أن تكون تنميته أساساً لأى تعليم ومن ثم تقدم علمى ، وينبغى ألا نغشاه من صعوبته فنوجه اهتمامنا - هرباً منه - إلى التفاصيل السهلة ، لأن التغلب على صعوبته سيذلّل بعد ذلك معرفة التفاصيل ، وطالب الطب الذى هو أذكى من طالب

الآداب — من واقع المجموع — لابد أنه أقدر على استيعاب أساسيات الفكر الفلسفي من طالب الآداب، ولا بد أن يكون تدريس أصول التفكير جادا وأساسيا لأنها القاعدة التي سيترتب عليها كل شيء بعد ذلك فلا تؤخذ على أنها علم ثانوي يصلح أو لا يصلح ، وإن كانت قلة مشاهدات العلوم في قديم الزمان قد حالت دون التزاوج بين الطب والفلسفة ، فإنه قد آن الأوان بعد أن عمت المشاهدات وتضاعفت حتى كادت تتألف في كل منسق، أن نعيد النظر في ذلك الطلاق الذي تم في ظروف استثنائية ، فقد رأى ابن سينا أن الفارق بين الطب والفلسفة ضخم فعلا في عهده ، فتراه قد وضع للطبيب — في كتاب القانون — حدودا يجب ألا يتعداها إلى ما هو عمل الفلاسفة ، وقد كان منشأ ذلك قصور العلم وقلة المشاهدات كما ذكرنا ولكن التقدم جعل للعلم نظرة كلية يستطيع أن يدلل عليها ويؤلف من جزئياته المتزايدة كيلا متناسقا ، وبذلك يعود التوفيق مرة ثانية بين الطب والفلسفة .

وبما أن كليات الطب تعد الطبيب ليتعامل مع الانسان ككل قبل أن يتقابل معه جزءا جزءا ، فقد أحسست دائما أن الاهتمام بدراسة الكل ينبغي أن يكون الأساس في تعليم الطب الذي مازال يهتم بالقرع دون الأصل ، وتنمية الحفظ دون تنمية قدرة الابتكار ، ودراسة تركيب الخلية دون دراسة مفهوم الانسان ، ناسين في كل ذلك أن الطبيب سيعامل رجلا أو امرأة أو طفلا قبل أن يعامل إصبغا ينزف أو كلية تنقلص .

فإذا كانت الفلسفة هي علم الكليات فإن الواجب أن تأخذ حظها في تنمية فكر الطالب وتوجيهه بدلاً من إضاعة وقته في تفاصيل قد لا تنفعه إلا بعد التخصص الدقيق .

وقد رأى هيبوقراط أهمية هذا التزاوج بين الطب والفلسفة، وعجد من يستطيع

ذلك تمجيدا يقاربه من الآلهة حيث قال « إن ما يصلح للطب يصلح للفلسفة ، وما يصلح للفلسفة يصلح للطب ، وإن الطبيب الفيلسوف يساوى الآلهة »

وإني أكاد أوقن أن إهمال تدريس مبادئ الفلسفة وتنمية التفكير المنطقي يرجع إلى الاستسهال والميل إلى السلامة أولا وقبل كل شيء ، ومبدأ السلامة مفضل دائما للحفاظ على ما هو قائم ولكن ليس كل ما هو قائم صوابا ، وإنما ينبغي أن تكون حياتنا تخلق ما هو أنفع وأبقى ، والاستغراق في الجزئيات يحميننا ولكنه لا يهدينا ، وهو ضرورى ولكنه غير كاف ، ونحن نهمل تماما ما لا يتلاءم مع معارفنا بصفة عامة ، بل وما لا يتلاءم مع درجة أماننا واستقرارنا وراء مفاهيم معينة تحميننا من رؤية الكل المتكامل ، وبالتالي من مسئولية المعرفة .

ونحن نتبع هذه الطريقة حتى مع المرضى النفسيين ، فما إن يتكلم المريض كلاما لا يفهمه ، حتى نقول أن عنده عرضا نسميه التفكير الفلسفى الزائف Pseudophilosophical Thoughts فإذا سألت الفاحص كيف عرف أنه زائف ، قال — أو كاد يقول — لأنى لم أفهمه ، ولا نحاول جادين أن نعرف ما وراء حديث المريض شبه الفلسفى ، ولا ما وراء جهل الطبيب الفلسفى ، لأن ذلك كله صعب ، وربما مخيف . .

وهذا هو نفس الأسلوب الذى يتبع فى تجنب دراسة الكليات فى كلية الطب مصداقا لقول ألكسيس كارل فى كتابه « الإنسان ذلك المجهول » (الحائز على جائزة نوبل) « . . إننا نقضل دراسة النظم التى يمكن عزلها بسهولة والتقدم منها بوسائل سهلة . . لأن عقلنا يميل إلى الدقة والحلول الدقيقة وما ينتج عنها من سلامة عقلية ، إن بنا ميلا لا يقاوم يدفعنا إلى أن نختار

الموضوعات ذات السهولة الفنية والوضوح بغض النظر عن أهميتها »

الطب والفن :

وقد كنت أحس دائماً أنه إذا كان الطب في أساسه علماً بكل ما تعني الكلمة من معانٍ ، فهو في ممارسته فن بكل معنى الفن أيضاً ، والفن ليس مجرد الإبداع الفني ولكنه العمل الخلاق أياً كان ، أو يمكن أن نسميه العمل المغير المجدد ، لذلك فإن ممارسة الطب فن لأنه أيضاً عمل مغير ومجدد وليس فقط للتسكين وإزالة الألم ، وقد رأيت هذا أصدق ما يكون في الطب النفسي إذ يتصف عمل الطبيب النفسي - أو ينبغي أن يتصف - بالأصالة والجدّة والقدرة والفعل معاً ، وإذا كان الإنسان في حركته المتطورة الدائمة يتجدد باستمرار ، بل هو يولد باستمرار ، يلد هو ذاته ويخلقها كما شاء في إطار عالٍ النابض بالحياة لا المستسلم لظواهرها ، ثم هو يطلقها في رحاب الغد تصنعه بشكل مغاير ، فإن الطبيب عامة لابد أن يسير التطور فيطور ذاته ، لأنه العامل الإنساني الأقرب إلى مشاعر البشر إذ هو أقرب من أصحابهم في تطورهم لأنه لا يمثل السلطة كما لا يمثل الدين ، وإنما يمثل المساعدة الإنسانية الواعية القريبة من قلوب البشر ، وقد تصورت أن « وزارة الارتفاع » التي دعا إليها برناردشو ينبغي أن تكون من الأطباء النفسيين ، ثم تصورت أن الأطباء وخاصة الممارسين العاملين سوف يكونون وعاء هذه الوزارة وكمّنها على شرط ألا يتجمدوا مثل الوعاء والسكينة التقليديين ، فإن الجود ضد التطور ، وبالتالي فهو ضد الدين ، لأن الدين هو في صلبه وروحه دعوة إلى الرقي بالإنسان ، وإلى التطور ، وبذلك تصبح أي دعوة إلى التمسك بالتقاليد والجود هي دعوة صريحة ضد الدين في جوهره ، لذلك فإن الأطباء - وعاء وزارة التطور - ينبغي أن يكونوا فنانين في المقام الأول لأن الوحي سيهبط عليهم أثناء تأدية رسالتهم السامية ، فالوحي بالحق وبالخير وبالتطور ما زال قائماً ، والله لم يمت حتى

نتوقف بالفكر والتطور عند مرحلة من الجمود تجعل البديل الوحيد أمامنا هو الارتداد والتخلي عن إنسانيتنا ، ولكى يكون الطبيب فناً ينبغى أن يكون إنساناً ، وينبغى أن نهتم فى التعليم الطبى بتنمية قدراته الخالقة، بدلاً من حشرهم من المعلومات فى رأسه على حساب قدراته الفنية .

وقد وجدت أن الأطباء جميعاً يستعملون قدراً ضئيلاً جداً من المعلومات الطبية وخاصة بعد تقدم الطب العلاجى للأمراض الشائعة، فأغلب المرضى بارتفاع درجة الحرارة مثلاً يبدأ علاجهم بالسلفا والأسبرين ونثنى بالبنسلين أو التيراميسين أو أخواتهم، فإذا طالت المدة أخذوا كلورومايستين ودمتم أو فى النادر نلجأ للمزرعة والحساسية وغيرها ، بل إنه حتى فى فرع تخصصى الذى هو من أدق الفروع، تكاد الروشتات تنفق فى مضمونها مهما اختلف الطبيب، فكل روشتة تحوى « مهدىء ، ومضاد للآكتئاب وأحياناً منوم ، وفيتامين » ودمتم أيضاً، وقد دعانى هذا إلى التفكير فى عمل الطبيب الحقيقى، لأنه إذا كانت الحالات السهلة يعالجها كل الأطباء على السواء، والحالات الصعبة تظهرها معامل الأبحاث والأشعة . فإذا يفعل الطبيب بالضبط ؟ لا يمكن أن يكون العلم وحده هو مرنجاح الطبيب، بل هى شخصيته وقدراته الفنية التى تحدد ذلك ، على أنى هنا لا أريد أن أعتبر النجاح مقياس حديثى، إذ يمكن الحصول عليه بأساليب لا تمت للفن بصلة إلا إذا أدخلنا « فن الفهولة » من ضمن الفنون .

يقول إلفان فينشين فى كتابه « التقدير الاكلينيكى » ، « إن الخبرة بجوار السرير نادراً ما تعتبر خبرة علمية أكاديمية لها أبعادها الفكرية والعلمية المحددة ، بل إن الطبيب الممارس يعتبر ملاحظاته الاكلينيكية من قبيل الفن الذى يمارس فيه ذكاءه وواقعه المهني ، وتقليده ، وإنسانيته ومشاعره واهتماماته ، وليس كله فحسب » .

ولكن التعليم الطبي - كما رأيت ومارسته - يهمل هذه الناحية تماما ويتركها لحذق الطبيب أو باللغة الدارجة « لحداقته » .

وقد وجدت أن اهتمام التعليم الطبي بالعلم دون الفن أمر مسخيف ، لا يخرج لنا أطباء بل مجاميع من الناس تحمل ألقابا ، يحسبهم الناس رسل الرحمة وهم في الأغلب أجهزة للتسكين ، ونحن لانزال نتحدث للناس عن آمالهم في هذه المهنة ، ولانحاول تحقيقها أو حتى السير في اتجاهها ، وأنا لا أبالغ مبالغة برناردشو في الهجوم على الطب والأطباء ، ولكني أقول أن هذه الفئة من أولى الفئات التي تشوهت إنسانيتها نتيجة لطرق التعليم السائدة ، وأن تشويهها جريمة بشعة لأنها تتعلق بصحة الناس .

ووجدت أنه ينبغي أن نكون صادقين :

« فاما أن نعلن للناس أن الأطباء غير ما يحسبون

وإما أن نجعل الأطباء كما يحسبون » .

التعديل من واقع الحال

لقد خطر ببالي مرة أنه لو جاء باحث ، أمين يريد أن يرتقى بتدريس الطب ، فعليه أن يجرى بحثا ميدانيا لممارس الطب على مختلف المستويات ، فيجرى له مقابلة مفاجئة (أو شبه امتحان) في مدد متراوحة : عقب التخرج مباشرة ، وبعد عشر سنوات وبعد عشرين سنة ، ولعله يهتم أساسا بالممارس العام ليرى ما تبقى في عقول هؤلاء الأطباء بعد هذه السنين ، وهم يؤمنون على الأرواح بشهادة الجامعة وترخيص الحكومة ، وخبرة ، الحرفي وشبهة التاجر ، وضمير الانسان الحالي ؛ ولناخذ نتائج هذا

البحث إلى كليات الطب القائمة لتنظيمهم على مصير ما يحشرون في أدمغة الطلبة بلا طائل .

ولاستكمال هذا البحث أقترح القيام ببحث آخر على المرضى فنسألهم ماذا ينتظرون من طبيبهم وماذا يتصورون عن معلوماته . .

وبعد ذلك ندرس ما ينبغي تدريسه

ومن كل هذا يخرج الشكل الجديد ، فننظم مهنة الطب على أساس واقعي وتطوري، ولكن يبدو أن كل ذلك لا يهم عند القائمين على أمر التعليم الطبي ، المهم أن يقولوا ما في رءوسهم بغض النظر عن « لماذا ؟ » أو « ماذا بعد ؟ » وأتذكر ابني وهو يحاورني قائلاً « لماذا يفعل الناس هكذا ؟ ، إنهم يرسلون أولادهم للمدارس لجرد أنهم بلغوا من المدارس » وأقول بدوري « ونحن نعلم الطلبة ما نسميه طباً ، لأنهم طلبة في كلية الطب ! لا لنصنع إنساناً عالماً فناناً يساهم في حفظ النفوس والأجساد على صحتها ليكملوا طريق الارتقاء .

تدريس الطب النفسي :

إذا كنت قد دعوت إلى دراسة التفكير المنطقي والفلسفي ، وتنمية الفكر الابتكاري والفني لطلبة الطب فما كان ذلك إلا تمهيداً لمناقشة تدريس الطب النفسي وما عايناه في هذا السبيل وما زلنا نعانيه ، والأمر في جملة محير أشد الحيرة لأن التناقض إزاءه ليس له تفسير مباشر .

تذهب إلى أي مختص وتشرح له الموقف وتقدم له المذكرات والاحصاءات وتقول له أن ٦٠٪ إلى ٧٠٪ من المرضى مصابون بأمراض انفعالية أو - على الأقل - يدخل الانفعال في إحساسهم بالمرض العضوي ، فيتحمس ويقول بل أكثر ، وتقول : جاء القرج ، ويحدثونك عن حالات وحالات يشاهدونها نتيجة لاضطرابات نفسية وأن الدنيا أصبحت مليئة بهذه الحالات في الأتوبيس وفي

مجلس الكلية وفي الشارع وفي العيادة ، ولا نجد أمامنا سييلا إلى الافاضة في هذا الطريق ، فمعلومات المسئول شاملة كاملة ، وحين تقترب من النقطة الهامة ونطلب وقتا للتدريس وامتحانا يحفز الطالب على الحضور ، يبدأ التناقض الشديد بين سابق الكلام ولاحق العمل ، فلا استجابة ولا تنفيذ . .

ويستمر الحوار وتظهر الحجج .

أول حجة : أن علمكم صعب ، والذي يقدر صعوبته يقدرها بمقياس بسيط جدا هو « ما لا أعرفه أنا فهو صعب » وهذه قاعدة أساسية في كل تفكير عام ، وتقول له أن العلم ليس صعبا وأن صعوبته ناشئة من أنه غير مطروق ، وأن المعروف منه هو التشويهاات وليس الأساسيات ؛ ولكن القاعدة السابقة غير المنطوقة هي التي تحكم النقاش .

وثاني حجة - وهي حجة تناقض الأولى تماما - تقول أن ما يحتاجه الطالب من هذا العلم هو المعلومات العامة التي يعرفها كل واحد ولا داعي لحشر مخه بتفاصيل أكثر ، فإذا قلت له من أين للطالب - أو لسيادته - بهذه المعلومات العامة ، قال هذا معروف لكل الناس ولا يذكر من أين هو معروف : من صفحات الجرائد أم من مسلسلات التليفزيون ؟

ونناقشه ، ثم أناقش نفسي ، ولا أنهي إلى حل أبدا ، وأفترض أن اعتراضاته صحيحة تماما ، ومع ذلك فأني أجدها لا تتعارض مع تدريس وامتحان هذا العلم ؛ فإذا كان العلم صعبا فإن العبرة بالأهمية التي اعترف بها وليست بالصعوبة ونحن ندرس ما ينبغي وليس ما نستسهل ، لأننا نعد الأطباء حسب متطلبات الزبون ؛ والزبون هنا هو المريض الذي يحتاج إنسانا يعامله يعرف مشاعره مثلما يعرف أعضائه ، هذا رد حجة الصعوبة المزعومة . .

أما حجة المعرفة التلقائية فلو أخذنا بها فرضاً فلماذا نختص بها الأمراض النفسية، وإذا عمنهاها على فروع الطب فإن ذلك يعنى أن تعلق كلية الطب معتمدين على المعلومات العامة التى نستقيها من المصادر العامة ، ولا أدرى لماذا تطبق هاتين القاعدتان على علم الأمراض النفسية دون سواه .

المصلحة المادية

يشير أستاذى الدكتور عسكر أن السبب فى هذه المعارضة هو سبب رأسمالى أساساً، ذلك لأنهم يريدون أن تظل عياداتهم ملاءى، ولكنى لا أقتنع بذلك أبداً، لأن عياداتهم ملاءى ، والمشكلة هى كيفية تخفيف المترددين لا زيادتهم عند أغلب المعترضين ، وأكثر من ذلك فانا يالخاصنا أن نعلم الطب النفسى للمارس العام والإخصائيين فى الفروع الأخرى نفترض أن هؤلاء سيقومون بعلاج عدد كبير من الحالات النفسية دون حاجة إلى تحويلها لإخصائى الطب النفسى ، فيكاد يكون المنطق الرأسمالى مقلوباً لأننا نصر على التدريس وبذلك نتعرض لعدد أقل من المرضى ، وهم يصرون على عدم التعلم وبذلك لا يحسنون علاج المرضى الذين لا يحولونهم .

ولا أفهم .

وأظل أتساءل إذا ما هو السبب ؟

وتلحّ على مقدمة مسرحية برناردشو «حيرة طبيب» (الذى اقتبست منه عنوان هذا الكتاب) وأرفض مقالاته فى الهجوم على الأطباء ولكنى أعود لأتمس له العذر مرة ومرات .

وأذكر سيدنهام أبو قراط الطب الانجليزى لما مثل ذات مرة عن الكتاب

الذى يجب على الطبيب الناشئ أن يطالعه ليتهدى به أجاب ساخرا كتاب دون كيشوت .

وتوارد على خاطرى كل مدرسته في علوم البكالوريوس وأجد أننا كنا ندرس أشياء كثيرة صعبة لا معنى لها ولا فائدة منها ولكن أحداً لا يعترض ، بل إن الطالب الذى لا يعرف تفاصيل عملية لن يعملها في حياته (إلا إذا أصبح جراحاً عظيماً ، وهناك سيدرسها كما ينبغي) يرصب بإذن الله ، وتسأل لماذا رصب هذا الطالب ، فيقولون تصور !! « تصور أنه لم يعرف عملية قانر » أو « كيف ينجح وهو لا يعرف عمليتي بل روث الأول أو بل روث الثانى ؟ » وأقول في نفسى « ياه .. ليس له حق ، الظاهر أنه لكي يعطى حقنة الطرطير في وحدة نائية في الريف لابد أن يحفظ عن ظهر قلب عملية بل روث الأول والسابع عشر أيضاً وإلا فليس له الحق أن يصبح طبيباً » .

يا سبحان الله ، ليس مهما أن يتعلم الطالب كيف يكلم فلاحه تنزف دما ، ولا كيف يسأل عن ابن عامل هل نجح في الابتدائية أم لا ، قبل أن يعرى بطنه ليجس طحاله ، ليس مهما أن يتعلم فن الاستماع ولا أن يعرف وظيفته في الحياة ، ولا معنى لوجوده ، ولا طريقاً لخلاصه ، ولكن المهم أن يعرف القوس الشرياني العميق في باطن القدم ، وكأن النزيف إذا حدث في أقصى الصعيد سوف يختلف إذا كان من الفرع البطنى عنه إذا كان من الفرع الجانبي من ذلك القوس الشرياني العميق ... !!!

ليس مهما أن ينزف الانسان الواقف أمامك من كرامته وشرفه وهو يلث عطشاً إلى انسان يسمعه ، لأن المهم أن فروع العصب الحائر داخل الجمجمة هي كذا ، وأرجع إلى التساؤل :

لماذا نخاف الانسان ككل ؟ نحن نهرب من الكل بالاستغراق في

الأجزاء ، إن الانسان إذا أراد ألا يرى شيئاً فهو إما أن يغمض عينيه وهذا هو الجهل ، وإما أن يركز على الجزء دون الكل وهذا هو التجهيل . . لماذا نخاف الانسان كوحدة متكاملة ؟ هل لأننا لا نريد أن نعرف أنفسنا ؟ أليس هذا هو سر ضياع إنسان العصر الحاضر .

ويكاد الأمر يحسم في مخيلتي على الصورة التالية تجرى على لسان حال المعارضين :
« أنا أخاف أن أعرف نفسي . . . إذا فلا داعي لذلك طلباً للأمان ، ولكن لا بد لي من المعرفة فلا أعرف الأجزاء وأتلهى بها . . وبعد ذلك فما لا أعرفه فهو ليس مهماً . . أو هو صعب وسخيف . . إذا . . فلا داعي لدراسة الطب النفسي . . واتحكم الرباط »

وتتردد الحجب في مجالس الاجتماعات وتسمع العجب ، ومن العجب قولهم
« كيف أطلب الطالب المسكين أن يعرف ما لا أعرف أنا ؟ »

حقيقة الطالب مسكين ! !

وإنسان هذا العصر مسكين . .

وكان وظيفة التعليم في العصر الحاضر هي ، تثبيت النظام ، وكان التعليم وهو المفروض أن يكون الوسيلة الأولى نحو التطور قد أصبح المعوق الأول ضد التطور ، وكان الهدف الأول هو أن تؤكد الشيء القائم لا أن أنمي القدرة على التفكير .

أنا امتحن . . فانا موجود :

ونختطف عشر درجات من ثلاثمائة وخمسين درجة في السنة الثانية لندرس فيها « علم النفس » وليس « الطب النفسي » ، وننتهزها فرصة وندرس ،

ويحضر الطلبة بالثلاث من أجل خاطر هذه الدرجات العشر ، ونشجعهم أكثر بأن نجعلها محاضرة مفتوحة لكل ما يعن لهم من أسئلة .

وبعد فترة تصير لغة بيننا وبين الطلبة ، وتزيد الأسئلة المفتوحة وكلها أسئلة عظيمة وهادفة وبناءة ، ويتعجب الطلبة وأتعجب معهم ، وبعضهم يسأل « لماذا نعيش ؟ »

وكان الإجابة على هذا السؤال وأمثاله من التفاهة بحيث لا يصح التطرق إليها ، أو إضاعة الوقت فيها ، ونحن ندرس الطب ذلك العلم الفخم المحدد ، ولكن الشباب يسأل ولا بد من الإجابة ، وأظن أنه يستحسن أن نجيب عن هذا السؤال بنفس الاهتمام على إجابتنا عن « لماذا تفرز البولينا من الكلى بسرعة كذا في الدقيقة ؟ » إلا إن كنا نعيش بالصدقة ، ونفرز البولينا مع سبق الإصرار والترصد .
وأعود لأناقش مع نفسي هذه المقاومة مرة ثانية ...

لماذا كل هذه المعارضة ؟

وأهتدي إلى احتمال أخير وهو أن بعض الناس تقيم نفسها بقيمة العمل الذي تعمله ، وهي فكرة مشروعة وطبيعية « فأنا بقدر ما أعمل » ، فإذا كان تقدير العلم بعدد الدرجات فإن تمسك أصحابه بكل الدرجات في حوزتهم يعطيهم قيمة أكبر ، وبالتالي يكون التنازل عن أى درجة من الدرجات لأى فرع من الفروع هو تنازل عن جزء من السكيان يهدد الانسان في صلب وجوده ...

وأقول لنفسي .. لا تبالغ .. ولكنى لا أستطيع أن أطرد هذا الاحتمال ويتجداني الجزء الشقي من عقلي فيضع هذه الصيغة أمامي :

« أنا أمتحن فأنا موجود »

يا سبحان الله !

والطلبة ؟ .. والشباب ؟ .. والمرضى ؟ .. ومصير الانسان ؟

إذا ... لا بد من ثورة .

صراع التطور .

وفي تصوري أن الإنسان متطور بالضرورة ، وأن قيمة كل تقدم في أساليب حياتنا وكل أهمية اختراعاتنا المادية ليست في مدى الرفاهية التي تحققها للإنسان ، ولكن في مدى الفرص التي تتيحها له للتطور ؛ وهذه النظرة رأيت الطب الجسمي يحافظ لنا على الكم أي على الأعداد البشرية التي منها سيخرج الجنس الجديد ، أما الطب النفسي - كما أفهمه - فهو فرع الطب الذي سيساعد على تكوين هذا المخلوق البشري الجديد : المحب الصادق المتوحد بغير أنزله ، الفنان القوي المسالم ، ورأيت على ذلك الصراع بين الطب النفسي والطب الجسمي صراعا صوريا ؛ إذ أن الاثنين يخدمان التطور بصورة ما ؛ ولكن علينا أن ننتبه تماما إلى خدعة ترجيح الكم على الكيف ؛ فمهما زاد الكم وزادت الأجساد السليمة فإن ذلك لا يعنى إلا زيادة الفرصة لخلق الجديد ولا استمرار الإنسان الأفضل ؛ أما إذا زاد الكم دون أن تنهز الفرصة لخروج الجديد من من ثناياه ... فقد ضاعت الفرصة ، وأصبحت الزيادة زيادة أجساد تصلح لقانون « بقاء الثيران » وليست لقانون « تطور الإنسان »

فوظيفة الجسد في مرحلة تطور الإنسان الحالي أنه الأساس الذي ينطلق منه وبه النوع الجديد من البشر ، فطب العيون يحافظ على العين مثلا ؛ والطب النفسي

يجملها ترى الجمال ... وهكذا .

* * *

هذه أفكار تبدو مبالغـة وغريبة ولكنى أقر أنها هدتنى إلى اليقظة لصراع
التطور والتدهور إذ يطغى الكم على الكيف فى كل مجال ... وفى هذا المقام :
فى مجال التعليم الطبى .

إذا ... ومرة ثانية

لا بد من ثورة ...

* * *

ولكن .. إذا كنت قد استطعت أن أثور على نفسى فى مجال تخصصى ،
على طريقي فى العلاج ، وعلى تقسيمات الأمراض ، وعلى طرق البحث العلمى ،
فقد فعلت ذلك فيما أملك لأنهى حيرتى فى هذه المجالات ، ولكنى أمام مجال
التعليم الطبى ما زلت عاجزا تزيد دهشتى كل يوم ، وأرى أساتذتى وزملائى
يصارعون معى الجود كل يوم .. ويقاومون التشويه كل يوم .. ولكن يبدو
أن الأمل ما زال بعيدا .

وفى نفس الوقت .. فإن اليأس مستحيل .

لأنه ضد الحياة .

ولأننا مصممون على الحياة .

الفصل الخامس

العلاج أولاً والعلاج أخيراً

« ذهب .. ذهب .. ذهب .. الى الشاطئ الآخر ..
مضى بسلام الى ذلك الشاطئ الآخر .. »

رقية بوذبة لدية

(منطفة من دافيد كوبر)

لأن كنت قد عرضت حيرتي بين الصحة والمرض ، ووقفتي أمام التشخيص والبحث العلمي والتعليم الطبي ، فقد كنت أسعى أساساً ودائماً لأتبعين طريقى إلى العلاج ، أتساءل : أين أنا وأين المريض ، ثم إلى أين نحن ذاهبان .

وإن كنت قد احترت أمام التشخيصات المبهمة والحالات « البين بين » فلأن علاجها يختلف عن الحالات الصريحة الواضحة ، إذ أن العلاج هو الهدف الأساسى لعلمنا الطبي ، وذلك بالمفهوم العادى لعلم الطب ، وقد أشرت سابقاً إلى أنه فى مجال ممارسة هذا الفرع من الطب بالذات ؛ ينبغى أن يعصب كل جهد وكل بحث فى مصب العلاج أولاً وأخيراً ، وقد أشرت أننا كثيراً مانستعمل العلم والخبرة والحدس فى العلاج غير مرتبطين ارتباطاً مباشراً بالتشخيص ، بل إننا أحياناً نعطى علاجات بالرغم من التشخيص وليس بسببه ، كما أشرت أنه بلغ من تفضيل العلاج عما سواه أن أحدها كان يسمى بعض أنواع الأمراض باسم الدواء الذى يتحسن عليه المريض (راجع « المستيريا الاستيلازينية » فى فصل التشخيص)

وكان بديهياً إذاً أن يكون هدفى الأول منذاشتغالى بهذا النوع - مثل مثل أى طبيب ، هو العلاج . . وأظن أن هذا هو هدف المريض فى أغلب الأحوال ، رغم ما يظهر أثناء المسيرة من مقاومة ومعارضة وتحايل ، إلا أنه بلا شك يمثل الغاية النهائية من كل نشاط طبي .

لكل ذلك كان اهتمامى فى مناقشة مشكلة الصحة والمرض أن أركز على التمييز بين الانسان الذى يحضر للاستشارة لأنه فى « أزمة تطور » أو لأنه « عاجز عن التكيف » أو لأنه « انهزم أمام قوى التدهور » فالعلاج يختلف فى كل حالة ، وقد حاولت أن أقصر لفظ المرض على النوع الأخير وربما الثانى ،

أما أزمة التطور فقد أحسست منذ البداية برفض شديد لتسميتها مرضاً أو عجزاً
مهما ظهر فيها من أعراض .

وقد عرضت حيرتي أمام تشخيص الذهان الكامن ، وعرضت رفضي أن
تؤجل العلاج حتى يظهر الكامن ، فالعلاج هو الهدف الأول ، ومنع ظهور
المرض في هذه الحالات هو واجبنا الأول ، ولينتظر من شاء ، ولكن المريض لن
ينتظر ، لأن تقدم المرض لن ينتظر ، وكنت أعطيه فرصة العلاج المبكر معتمداً
أساساً على حدسي ومشاركتي مشاعره . .

* * *

مصادر الخبرة :

ومن أول حياتي كنت أحصل على خبرتي العلاجية من الكتب والمجلات ،
ومن توجيه أستاذي ، ولكني كنت أجد أن المكتوب في الكتب صعب
التطبيق جداً في هذا الفرع من الطب ، لأن اختلاف الحالات عن بعضها البعض رغم
توحد التشخيص اختلاف أساسي وبالعقيد ، وكنت في فورة الشباب
- مثل كل الشباب - أصارع كل أنواع المرض مهما كان ، بالحماس والسرور
والكهرباء والتفهم والحب ، ثم تكرر فشلي تكراراً ملحاً ، وبدأت أتواضع في
آمالي وأبرد من حماسي ، وأحترم كل الأشياء ، وتماذيت في الهدوء والتأمل حين
كتبت في كتاب مشترك لي مع الأستاذ الدكتور عمر شاهين « أن على الطبيب
النفس أن يتذكر دائماً أنه طيب وليس مصلحاً اجتماعياً ، وأن واجبه أن يساعده
الصحة مهما كانت ، ويسهم في إعادة التكيف ، ثم يترك المريض بعد ذلك في
الحياة يختار »

ومرت سنوات وأنا أحاول أن أضع مزيداً من السلاسل حول عقلي ، وأربط

أقال الكيمياء بأفكارى قبل أن أعطيها للمريض لتعيده إلى حظيرة المجتمع طبيعياً .

ولم يهدأ الانسان فى ، ولم ينتصر عليه الطبيب أبداً ، وإن كان قد كسب منه جولات طوال سنين متتالية ، إلا أن الانسان فى داخلى رغم خسارته المتكررة بالنقط ، قد كسب أخيراً المصاراة بالضربة القاضية حين بزغ النور الجديد .

المريض استاذى :

وإن كان الكتاب والبحث والتوجيه قد حددوا لى الطريق فى أول حياتى ، فإن معلمى الأول والأكبر كان المريض : صديقى وأستاذى ، وكما أشرت سابقاً فإن الذى تعلمته من المرحوم الفنان كمال خليفة، طوال سنوات كان معادلاً لكل خبرتى من كل الكتب والمجلات العلمية ، كنت أجالس الأصدقاء المرضى بالساعات الطوال لعدة سنوات متتالية فأفهم وأشعر وأعلم ... وهم فى نفس الوقت يشفون ... رغم ضآلة علمى وخبرتى ، ولست أدري هل يتم شفاؤهم بسبب ما أعطيه من سمع وفهم ووقت ، أم بسبب ما يأخذونه منى مما لا أعرف ، فقد تبينت فيما بعد أن العلاج النفسى - وهو أعقد الوسائل فى ممارسة الطب النفسى -

لا يتم فقط بالفكرة التى فى عقل المعالج أو بالنظرية التى يعتنقها أو بالنظرة التى يراها ، ولكنه يتم أكثر بما يأخذ المريض بإحساسه الصادق وحاجته العنيفة إلى

صدق المعالج وإنسانيته فى الموقف العلاجى ، بغض النظر عن نظريته أو أفكاره

أو تفسيراته .

انا مرتاح دكده :

وحين بدأت طريق العلاج النفسى كنت مبهوراً بالبحث عن الأسباب الخفية وراء الأعراض الظاهرة ، وكنت أتصور أن استعادة الخبرات كفيل بتفريغ شحناتها العاطفية ومن ثم الشفاء ، وكنت مبهوراً فى ذلك الحين بالفكر التحليلى واستعملت للوصول إلى أغوار المريض كل الوسائل المعروفة من تنفيس وإثارة وتهدة ثم من وسائل التداعى الطليق مما أتاحت لى خبرتى وعلمى فى ذلك الحين ، ونفعنى كل ذلك فى الفهم ، وأوصل معى كثيراً من المرضى إلى مرحلة « المعرفة مع الراحة » . . ثم لاشئ بعد ذلك ، وربما كان هذا من العوامل التى ساعدتني فى أن أعتبر المستوى العرفى أو العقلى أقل من المستوى الخلقى (راجع الصحة والمرض) فكثير من الأطباء والمعالجين والمرضى يفتقون عند هذا المستوى ويقنعون من العلاج بهذه الراحة « الصحية » ويتصورون أن هذه هى البصيرة اللازمة ، فى حين أنها معرفة وليست بصيرة ، وقليل من المعالجين من يراجع فى أمانة قيمة هذه المرحلة ويرفضها فى إيجابية ، ولكن المرضى هم الذين يتخطونها فى كثير من الأحيان لأن قدراتهم الخلاقة تنطلق بالرغم من كل شئ ، وهناك فكاهة شائعة عن أحد المرضى الراشدين الذى كان يشكو من تبول ليلى أثناء النوم ، إذ ذهب لعدة سنوات يستلقى على الحشية العلاجية للتحليل النفسى التقليدى ، وبعد هذه السنوات قابل صديقاً سألته « كيف الحال ؟ » قال « على أحسن ما يرام » وحين سأل الصديق « هل كففت عن التبول ؟ »

أجاب المريض :

« أبداً ولكن ذلك أصبح لايهمنى »

هذا الوصف الكارينكاتيرى لما يحدث فى كثير من الحالات ، ينكره أو يتجاهله كثير من المعالجين وخاصة المحللين لأنهم لا يرون كل مرضاهم حتى النهاية ، أو لأنهم يجدون لذلك تفسيرات مريحة مثل الراحة التى يتمتع بها المريض ، هذه المرحلة لم تكن قنغنى أو ترضينى أبداً ، لم يكن من المقبول أن يكون هدف الانسان أن يكون مرتاحا بل الهدف الحقيقى أن يكون إنسانا . .

وقلت - كما أقول دائما - أن هذا نتيجة تصورى أنا ، لأنى لم أمارس التحليل النفسى تحت إشراف منظم كما ينبغى ، وإنما أنا أستعمل طريقتى الخاصة مع القراءة والمراجعة ومناقشة بعض الزملاء ليس إلا ، ومهما قرأت ومهما حاولت أن أتمثل أو حتى أقمص كل ما قرأت لم يتغير رأيى كثيرا ، بل تأكدت أن ما يحدث لى يحدث لكل من يسلك هذا السبيل ، والفرق أن الذى لا أَرْضى عنه أنا ، يجدون هم له تفسيراً أو تبريراً ، وحين ناقشت بعض زملائى وأساتذتى مناقشات طويلة عريضة زدت احتجاجاً ورفضاً ، ولم يغنى شئ من ذلك عن حيرتى وثورتى ضد هذا الوضع السلبى أمام مشكلة الإنسان وقطوره .

وكان أستاذى الدكتور عسكر يسخر أحيانا من الأمريكان الذين يعطون الطبيب المبتدىء مرتبا سخيا باليمين ثم يأخذونه منه باليسار فى صورة إلزام التحليل النفسى ، ورغم ذلك فإنى كنت أؤمن دائما أن المعالج لابد أن يكون إنسانا ، ولكى يكون إنسانا لابد أن يكون حراً متطوراً قادراً على العطاء ، وهذا نادر الحدوث فى مرحلة تطورنا هذه دون مساعدة إنسانية جادة وهادئة ومركزة ، وكيف يمكن الحصول على هذه المساعدة الأمانة إلا خلال العلاج المنظم العلمى :

المهادف ، أى أنى فى قرارة نفسى كنت أشعر أن الطيب النفسى هو أكثر الناس حاجة إلى العلاج وذلك حتى يتخلص من معوقاته ويطلق لإنسانيته العنان ، ولكن التحليل النفسى برغم كل ما يقولونه عنه نظرياً على الورق ، يطلق قدرات الانسان التطورية ، لأن فرويد لا يؤمن بدوافع تطورية خاصة للانسان تميزه عن الحيوان ، فان انطلقت هذه القدرات انطلقت عنفاً نتيجة لصبر المعالج ورغم فكره ، ولا أعم الحكم على أحد ، فلا يصلح مايجرى فى مصر بظروفها المحدودة أن يكون قياساً لنوع من العلاج ، كما أن المرضى الذين أراهم هم الذين لم يعالجوا لأنه لا بد أن الذى شفى تماماً لم أره أبداً ، ولكنى كنت أرجع لصلب النظريات فلا تقنعنى أبداً ، فرغم أن فيها من الإشعاع والتنوير ما فيها ، إلا أنها ينقصها التطور والعمق فقد أنكرت على الإنسان أنه يحمل طاقة التطور الذاتية ، لذلك فإنه مهما تحدث المتحدثون بعد ذلك فانى أنسكلم عن فكر فرويد الطاغى الذى أصر على أن الانسان لا يفترق عن الحيوان فى ظروف تطوره والذى أحل التسامى محل السمو والتحرر والرقى الإنسان الطبيعى .

وكان - وما زال - لى صديق فى الولايات المتحدة مرّ بهذه التجربة وما زال ، وقد بدأها منذ سنوات ، وكان لى صديق آخر فى كندا سبقه إلى هذه التجربة بعدة سنوات وكنت أعرف أخبار الأخير من الأول ، وكانت حيرتهما لا تقل عن حيرتى ، ولكن فرصتهما أكبر وخيرتهما فى هذا المجال أكبر ، وفى نقاش بينهما نقل إلى صديق الأول تعليقاً لصديقنا من كندا أن هذه الطريقة ما هى إلا « روث ثيران » وهذه هى الترجمة الحرفية للتعبير الذى استعمله بالانجليزية .

وبديهى أنه ليس لى أن أحكم بحالة أو اثنتين على طريقة فى العلاج ، ولكنى أشير إلى أنى لم أترك باباً لم أطرقه لتهدئة تأثرى سبواء بالقراءة أو الممارسة .

أو بالمشاركة والمناقشة، وانتهيت إلى جواب لتساؤلاتي أنه « لا » ، قررت بوضوح
« أن هذا الطريق رغم ما فيه من علم إلا أنه لا يكفي ثورتي . . ولا يمنع
إنسانيتي أن أتوقف عند هذه المرحلة » .

وما أخذى على التحليل النفسي ليست هي مأخذ الطب النفسي التقليدي
بل ربما هي عكس ذلك تماماً ، فالطب النفسي التقليدي يأخذ على التحليل النفسي
أنه طويل وأن نسبة الشفاء فيه قليلة ، ولكن اعتراضى عليه أنه سطحي وأنه غير
تطوري ، وأن تفسيراته معقدة في حين أن أصدق العلم أبسطه ، وأكرر أني
لا أعنى المحدثين من المحللين وإن كان لي عليهم مأخذ في النظرية والتطبيق ليس
هذا مجال سردها .

فرويد : في أصلاته وقصوره ، وشجاعته وخوفه :

وقد كنت في أول الأمر مثل كل متعامل مع النفس الانسانية مبهوراً بفرويد
وكشوفه وخاصة فيما يتعلق بالحيل النفسية الدفاعية Defensive Mechanisms
التي ما زالت تفسر لي كثيراً من مظاهر السلوك ، وإن اكتسبت
عندي بعداً أعمق بنظرتي الجديدة ، بل إنها - أروحها على الأقل - هي
التي جعلتني أرى تطور فكر فرويد ومعوقاته .

لقد كان فرويد يتصف ، بالذكاء المفرط - رغم تكرار شكواه أنه كان
يمنى عقلاً أفضل - إلا أن نظريته التي استوحاها أساساً من الخبرة العيادية
بما في ذلك - أو ، وأهم ذلك - التحليل الذاتي الذي قام به لنفسه ، كانت
وما زالت تتناسب مع ما تجرأ على رؤيته من داخل نفسه ، ففي تصوري

أن الالهام بالنظرية - مثل كل نظرية جديدة أصيلة - تم في لحظة خلق صوفي صادق ، يوم الأربعاء الموافق ٢٤ يوليو سنة ١٨٩٥ ، وفي تصوري أيضا أنه رأى ذاته بكل أعماقها في تلك اللحظة ورأى حقيقة النفس الانسانية ، وحين سجل هذا التاريخ حفراً على مائدة المطعم الذي أتاه عليها الحدس يومها ، كان يترجم أهمية هذه التجربة الهائلة التي يعرفها كل من أضاف جديداً إلى مسيرة الانسان - أو حتى كل من عاش تجربة خلق جديدة ولو لم يكن قد أضاف جديداً - إلى هنا والأمور تسير كما نعرف جميعاً . إلا أنني أعرف ماذا يعنى أن يرى الانسان نفسه فجأة وقد خلع كل زيفه ، وأعرف وجه الشبه بين ذلك وبين تجربة الصوفية وتجربة بداية الجنون ، والفروق بينها جميعاً فروق مسارٍ بعد ذلك وتطور ، وليست فروق نوعية التجربة ذاتها ، وعلى قدر ما يصاحب هذه التجربة من السعادة وجلال فكر بالكشف الجديد ، على قدر ما تهدد من فقد التوازن والغربة ، والذي يتمسك بهذه التجربة سوف يخرج بالجديد ، والذي سيخاف منها ويهرب سوف يرتد فكره مجعاً ، أو يختل اتزانه .

وفرويد سمح لهذه الخبرة أن تنتج فكره الخلاق بشجاعة نادرة ، ومضى وحده في أول الأمر يدافع عن نفسه وعن صدقه وعن أصلانه ، ولكنه في تصوري خاف واكتفى برؤية تفسير الأحلام بالجنس ، ولم يسمح بالخصوص في أعماق النفس إلا حول سنة ١٩٢٠ حين كتب « مافوق مبدأ اللذة » وبذلك اكتملت رؤيته - على نقصها - وعلى قدر ما سمح به انكشافه أمام نفسه ، فنظريته نبعت أساساً من تحليله لنفسه ، وهذا التحليل كان محدوداً بوحدته وبقدرته على الرؤية ، وبالتالي بقصور شجاعته أن يرى أعماق أعماقه .

وقد تميز الفكر الفرويدي المبدع بميزات وعيوب هي ميزات وعيوب كل كل فكر أصيل ، وفي الوقت الذي حاول فيه فرويد أن يطور فكره على قدر

ما سمحت به شجاعته مع نفسه ومع الآخرين وكذا أمانته، فإن بعض تابعيه نصبوه نبياً وتوقعوا — في أغلب الأحوال — عندما قال حرفياً .

وفي مصاحبتى له في طريق ممارستى للعلاج آذانى فكره وآذى مرضاى على قدر ما نفهم، فإن التركيز على « لماذا »، مع تصور التسامى والحضارة نتيجة لكبت مشاعر جنسية، قد شوه طبيعة الانسان السامية وحرمه التميز بتلقائية الفضيلة، كما أن الإهمال النسبى للسؤال : « إلى أين » كان يمثل التراخى والسلبية في تحديد المجال والمسار للرضى .. وأيقنت أن فرويد — رغم أصالته وشجاعته إنما انتشر أكثر من يونج مثلاً — الذى كان أعمق وأكثر إنسانية — لأن المجتمع في أواخر القرن التاسع عشر في أوروبا الغربية وأوائل القرن العشرين كان يخرج من النكسة التى أصابته بالعم بعد عصر التنوير، والتى جعلته يبحث عن التبرير والتفسير أكثر مما يسعى إلى الالتزام والبناء، كما كان متلهفاً إلى اكتشاف الجانب الآخر، وهو الجانب الجنسى أو الفريزى الذى ظلم وانكسر بعسف الكنيسة طوال القرون الوسطى وحتى ذلك الحين، وربما هذا هو السبب الحقيقى لانتشار فكر فرويد هذا الانتشار، فالفكر إنما ينتشر لا لأصالته فحسب بل لحاجة الناس إليه فى تلك الحقبة من ظهوره، وكما من فكر ظل مختبئاً فى طيات الكتب سنين طويلة حتى لحق به تطور المجتمع فازدهر حينذاك . فهناك شرط لانتشار الفكر لازم : هو تناسبه مع درجة تطور الإنسان فى مرحلة ما ..

وفكر فرويد أدى خدمة دفاعية عظيمة للناس فى تلك الفترة من الزمان (وهذه لفة فرويد وليست ألقاظة) فقد احتفى إنسان هذه الحقبة وراء تفسير نفسه سطحياً من الخوض إلى أعماقها، وقد رضى أن يشوه الحضارة بطريق غير

مباشر إذ رآها الوجه الآخر للجنس وليس الارتقاء به ومعه ، فإن القول بأن
الانسان حيوان متسام غير القول بأن الانسان حيوان سام ، الأول يجعل
المضارة نوعا من تكوين رد الفعل (على حد لغة فرويد) والآخر يجعل المضارة
فملا وتطورا طبيعيا . .

وهناك قاعدة عامة تحكم كثيرا من أساليب الفكر ودائرة الرؤية وهي
أنه « ما لا أراه أنا وأدركه فهو غير موجود » وهذه القاعدة رغم تمسك علم
النفس التحليلي بها إلا أنها تتحكم في إبداع كثير من الأفكار الأصلية حتى في التحليل
ذاته كما تحكم في مدى ادراك وقبول هذه الأفكار الأصلية . . . ونحن لانستطيع أن
نلوم من يتبع هذه القاعدة فهذه إمكانياته . . . ولكننا أيضا لا نستطيع أن نعتبر
رؤيته نهائية ونتوقف عند درجة تطوره الشخصي . . . وقد رأى فرويد من
طبقات نفسه الجزء السطحي ولم يتبين ما بعد ذلك ، فله عذره ، ولكن ليس لنا
نمى العذر في أن نتوقف عندما رأى . .

(وفي حيرتي وقاشي مع نفسي والآخرين اكتشفت قاعدتين مرتبطتين بهذه
القاعدة أرى منها فرويد ولكنى أنتهز الفرصة لأنبه لما فيها قاعدتان من أخطر
ما يمكن ، ومن أدل الظواهر على تأخر فرد ما أو شعب ما وهما أولا : « ما لا أومن
به فهو كفر وضلال » في مجال العقائد ، والقاعدة الأيمن في مجال العلم هي
« ما لا أعرفه فهو ليس مهما » ولا أستطرد في هذا ، وأرجع لحيرتي في الطب
النفسى وليس في الحياة العامة لأقول :)

وكانت القاعدة الثانية التي تقصر موقف فرويد وقصوره هي أنه « ما أخاف
منه لا أراه » وهذا من بعض أفضال نظريته فلماذا طبقناها عليه وجدنا أنه خاف
أعماق نفسه فلم يرها ، ومن هنا جاء فهمه السطحي للاشعور ، والقاعدة الثالثة هي أنه
« ما يحتملني المشقة يستحسن ألا أراه » وهذه أيضا من لغة فرويد ، ومشقة

تطور الانسان والتزامه بهذا التطور هي من أعظم درجات المشقة إن لم تكن أعظمها ، وفرويد في وحدته الفكرية والعلاجية لم يكن يستطيع أن يتحمل كل هذه المشقة وحده لذلك فقد تهرب من تطور الإنسان الارادى بالتوقف عند هذه المرحلة التفسيرية .

ورغم أن فكر فرويد كان مبررا يعنى إنسان عصره من مشقة الشعور بمسئولية التطور . إلا أن ذلك لاينفى شجاعة فرويد فى احتمال السخرية والرفض والاستهزاء بنظريته وتمسكه بها رغم كل التيارات وضد كل الجود .

وفى تصورى أن أكبر خطأ وقع فيه فرويد هو تصور أن القوانين التى تحكم تطور الانسان ماهى إلا القوانين التى تحكم تطور الحيوان ، وأن دافع الارقاء لا يوجد فى الانسان بصفة خاصة وأساسية . .

والخطأ الثانى هو سوء استعمال الألفاظ فى غير مواضعها ، فان لفظ « الجنس غير التناسلى » أحدث من البابلية ما كان أخلق به أن يعنى نفسه منه لو أنه استعمل لفظا آخر ، إذ أنه كان يقصد دائما بالجنس الاتجاه نحو « الآخر » أو نحو الموضوع ، كذلك ينطبق نفس القياس فى استعمال لفظ « الموت » ليصف به غريزة التدهور والفكوص .

أما الخطأ الثالث فهو أنه مات قبل الأوان !! .. فلو أنه عاش ربما وصل إلى ما أراد منذ بدأ حياته بيولوجيا ، وفرويد هو الذى قال :

« إن البيولوجى بحق ، أرض لاحتالات لانهاية ، يمكن أن نتظر منه أن يعطينا أكثر المعارف إدهاشا ، ولا يمكن أن تقدر الاجابات التى سيعطيها خلال بضع عشرات من السنين للأسئلة التى وضعناها »

هذه البصيرة الواضحة والمحددة هي التي توحى بأصالة هذا الرجل، وتجعلنا نلتمس له العذر، فقد حدد المجال لتقدم الطب النفسي بل حدد الزمان كذلك (بضع عشرات من السنين) ولم يشعر بأى تناقض بين علم البيولوجى وبين افتراضاته ولكن خلفاءه انقسموا قسمين : قسم تجدد عند كلامه وجدد معه تطور الانسان، وهو القسم الذى يسمى نفسه أو نسميه نحن التحليليين التقليديين أو الارثوذكس . وقسم تطور بعده على حساب مفهومه البيولوجى ، وهم التحليليون المحدثون وأهم من تعمق فى دراسة السنين الأولى « هي ميلانى كلاين » .. وآخر ما وصلنى هو تطوير « جاكتريب » لنظرية « فرييرن » عن الموقف شبه الفصامى فى السنة الأولى . وأغلب هذا العمق كان على حساب المفهوم البيولوجى ، ولو أنه أعطى أبعادا عظيمة للتخلص مما أسموه « علم النفس الخلقى » ليحل محله ما يمكن أن نسميه « علم النفس الكيانى » ، لأنه بدل أن كان فرويد يركز على صراع الغريزة مع المجتمع أو صراع الحيوان مع الأخلاق، ومحاولة الحصول على التوافق بينهما فإن المحدثين أصبحوا يركزون على صراع الانسان أن « يكون أو لا يكون » ثم انطلقوا فى نفس الوقت يتحدثون عن صراع الانسان بين أن « يكون وأن يصبح » أى صراع الجود الفردى مع التطور الفردى .

أما الذى لم يتطور مع الأسف فهو فكر فرويد البيولوجى .

وإنى أعتذر للقارىء إن كنت قد استدرجته إلى كل هذه التفاصيل فإنها هي التى أثارت فكرى وجعلتنى أحترم فرويد ولا أنساق وراءه ، وجعلتنى آخذ ثورة المحدثين على فهم فرويد البيولوجى ، لأضع أفكارهم مباشرة فى التركيب البيولوجى بفضل الكيمياء الحديثة والكهرباء، ولكن من خلال نظرتهم وليس من خلال نظرة العصبيين أو المتعصبين .

وإن كنت قد أخذت على فرويد تلك الملاحظات التى أوردتها وأولها

وأخطرها هو وقوفه بتطور الانسان الفرد عند الدفاع والتسامي ، فاني أنصور أنه لو كان هناك من يقف بجواره أثناء تحليله لنفسه ، أو لو كان هناك من العقاقير ما يسمح له بالتوص مطنثنا إلى أعماق أغوار نفسه ليرى ما . أي يونج فيطور به أفكاره ، لو حدث هذا وامتد عمره الشاب (وليس عمره العدى) إذاً لكتب كتابا اسمه « ما بعد مبدأ فرويد » !! .

على أن اعتراضى على فرويد رغم تركيزه على نقطة أو اثنتين ، إلا أنه يهد أغلب مفاهيمه . . وطريقة علاجه وهدفها .

ولا أخال أن محاولات تفسير كلام فرويد أو التوفيق بين نظريته ونظريات متعارضة تماما هو الحل الأمثل ، فان ذلك سوف يوقعنا فى قيود لا مبرر لها إلا التعصب الشبيه بالتعصب الدينى ، ولكن أخذ الصحيح من أفكاره مثل رؤيته للحيل الدفاعية والمفهوم الاقتصادى للطاقة النفسية ولصراع الحياة مع الموت ، وإدخالها فى كل جديد - يا حبذا لو كان بيولوجيا - هو الطريق الأسلم والأصح .



أريد أن أقول فى نهاية هذه الفقرة أن فرويد وفكره أفادانى أعظم الفائدة ، وعوقانى أشد التعويق ، وأن فرويد شخصيا حقق كشفا من أعظم الكشوف ، ولكنها تمثل جزءا سطحيا من كل أعماق ، وأن كل التعقيدات التى وردت فى نظريته وخاصة فيما يتعلق بتفسير الأحلام كانت نتيجة لتوقفه عند أعلى طبقات النفس الانسانية وهى اللاشعور المكبوت ، إذا أن قصور الرؤية لا ينتج عنه إلا التفسير الصعب ، فإليك لا بد أن تبحث عن فروض معقدة تفسر بها اهتزاز أوراق الشجرة مادمت لا ترى تمايل جذعها وفروعها .

إذا... فـرـوـيـد - كما رأيته - دقيـق النظرة سطحى النظرية ، عظيم الشجاعة
فيما عرف ، شديد الخوف مما لم يعرف ، أمين في نظراته البيولوجية .. متجاوز في استعمال
الألفاظ - عفويا أو بنجـث لا شعورى - ، وأثره في النهاية خطير في تطور الطب
النفسي والانسـان .. إلا أن يكون جزءا من كل جديد ..

هذه قصتي مع واحد من أعظم النفسيين شهرة وأخطـرم ، وهى مقدمة
للحديث عن العلاج النفسى بصفة عامة .

العلاج النفسى :

والذى أحب أن أؤكدـه لصديقى القارىء أن فكرته عن علاج الأمراض
النفسية فكرة مأخوذة أساساً من القصص السائدة والمجلات الأسبوعية ، وأن
تصوره لما يجرى فى العيادات النفسية ليس قريبا بأى درجة مما يحدث فيها ، ولست
أعنى التعريض بأى من الزملاء الأطباء الذين يمارسون الطب النفسى بما فيه
العلاج النفسى فإن أى علاقة بين طبيب ومريض هى نوع من العلاج النفسى ،
ولكنى أقرر أنه على حد علمى فإن ندرة منهم هى التى تمارس العلاج النفسى
الذى يتصوره الناس ، وأرى أن توضيح هذه الحقيقة لازم حتى لا يذهب
الناس بمفهوم خاطئ . يطلبون ما ليس موجوداً أو يتصورون صوراً هى أبعد
ما تكون عن الواقع والممكن .

أما الصورة المقابلة وهى التى يمارسها المحللون النفسيون - عندنا على الأقل -
فهى أقل بهجة وإن كانت أكثر تعقيداً ، فهى تم دون كيمياء مساعدة ودون
تطبيب حقيقى ، فتكون فى النهاية أقرب إلى مسلسلات التليفزيون وقصص
إحسان عبد القدوس ، وأنا بذلك لا أنتقص من محللين ممتازين وهبوا حياتهم
لإزالة نقطة محدودة فى تطور العقل والإنسان ، أما أنها طريقة وحيدة أو أولى فى

العلاج فهذا شيء آخر . . ليس عملياً ، وفي نظري ليس علمياً كذلك .

لذلك فقد شغلني كثيراً جداً ما يمارس في عيادات الطب النفسي وكيفية التقريب بينه وبين عقول الناس حتى لا يتوقعون ما ليس قائماً ، ولا يمتدحون فيما هو قائم .

ومع هذا فلم يمنعني كل ذلك من أن أصادق من يلجأ إلى وأن أسير معه على الطريق فترة من الزمن ثم تنفصل بهدوء متمنياً له مواصلة المسيرة . . ونصبح أصدقاء بصورة أخرى . . وكنت أتصور دائماً أنه ربما يكون هذا علاجاً نفسياً . . أو قلنسمة إسماً عادياً أكثر : صداقة علمية . . أو « مسيرة إنسان يعرف بجوار إنسان يعاني » أو أي شيء آخر إذ ماذا تهم « التسميات » ؟

وفي الآونة الأخيرة حين رأيت رؤية المحللين المحدثين من اقسام الشخص على نفسه ، وتعدد ، وانسحاب أجزاء منه لتكون ذوات مستقلة لها مواصفات وقوة نكوصية خاصة ، لما رأيت هذه الرؤية وبدأت أنظر في كلام أصدقائي المرضى وجدت أن الصراع فعلا ليس بين الغرائز والمجتمع ولكنه صراع بين الذات ، والذات وأن في كل نفس ذوات متعددة وأن هذه الذوات تتصارع فيما بينها وقد تأخذ أشكالاً لأشخاص في تاريخ الفرد أو في واقعه ، فترى الشاب يتصارع مع أبيه في داخله ، ومع رجل الدين ومع صورة المستقبل في نفس الوقت ، ويدور الصراع أقسى ما يكون في فترات النمو الفردي أثناء العلاج ، وكنت في مرة أقول هذا الرأي لأحد الأصدقاء المرضى قلت له : « ألا تلاحظ أنك تتكلم بأكثر من لغة وتحس بأحاسيس متنوعة في مواقف مختلفة ، وفي جلسات متلاحقة ، ألا تحس أن ذلك يشير إلى أنك ربما اثنين » قال « اثنين . . قل ألف » قالما بصدق وانضال ...

ولا أحب أن يكون هذا التصور هو مقابل لتصور انقسام الشخصية أو ازدواج الشخصية ، وإنما هذه الحقيقة هي حقيقة كل نفس .. صراع بين التقدم والتدهور ، بين الجديد والقديم ، وكل قديم أو جديد يأخذ صوراً متنوعة لها صفات يمكن تبيينها على أنها أفراد محددون .. بل يمكن تسميتهم في كثير من الأحيان ؛ فكثيراً ما كان يحدث في جلسة أن أجلس مع المرضى .. وتصور الثالث يجلس معنا مستقلاً منفصلاً على كرسي ثالث ويدور الحديث وكأنه بين ثلاثة .. ونرجح انتصار الجديد على القديم ، وكثيراً ما كان يدور نقاش في أول الجلسة عن « هل جئت وحدك » فيقول « لا .. جاءت معي ضرتي » أو « من أنت اليوم ؟ » فيقول « أنا هو أنا » وبعد قليل من الأمان والوقت يتبين أنه « آسف لست أنا ... كان أبي .. وأنا ما حضرت إلا الآن » ، وحين يتبدل الشخص من واحد لآخر يمر به صدايح أو دوخة غريبة ثم يفيق إفاقة رائعة ، ويتعجب من كل هذا كان يقول ، وكنت أحياناً أرى الطفل الصغير الذي يولد أثناء العلاج يحاول جاهداً أن يشق طريقه وسط أشخاص من كل صنف .. ويتلطم بين الأرجل وتسكاد تسحقه الأقدام .. وكأنى أناديه مثل حواريت زمان « إظهر وبان .. عليك الأمان » والشئ الوحيد الذي يظهره هو « الأمان » وكان أهم شئ في العلاج النفسي ليس التحليل ولا التفسير ولا الوقوع على الحادث المؤلم وأصل التثبيت .. الخ ، وإن كان هذا كله جزءاً من العلاج إلا أن العلاج في النهاية هو هذا الجو الآمن « إظهر وبان عليك الأمان »

وكنت أود في هذا المقام أن أعرض بعض أقوال المرضى بالنص ، ولكني أوجل ذلك إلى مرحلة عرض المادة الإكلينيكية متكاملة .. وأكتفي بهذه المقتطفات والفكرة العامة ، ولكني أحب أن أشير إلى أن الطفل الذي يولد

أثناء العلاج النفسى كان يظهر بصورة واضحة وسليمة فى الأحلام ، كما كان يظهر فى الجلسات أثناء العلاج ، وكان يظهر بهذه الصورة المباشرة وكنت ساعتها أتذكر فرويد وعناؤه فى التفسير الجنسى للأحلام .. وأتعجب فقد ثبت أن هناك بداهة أكثر من وأكبر الأمور بداهة عنده وقد اعتبرها التفسير الجنسى للأحلام ، فالبدىهى أن الانسان لا بد أن « يكون » أولا قبل أن يسى إلى « كيف يكون » وللأسف فإن التركيز على كيف نكون أغفل تماماً السؤال الأول : هل نحن كائنون أصلاً أم لا ..

هذا هو العمق الحقيقى للعلاج النفسى ، وهذا هو الدور الحقيقى للطبيب النفسى أن يرى نفسه على مسيرة التطور ، ثم يرى الإنسان الممزق بين القديم والجديد ، ثم يعطى الأمان من إنسان لإنسان ، ليدع الطفل يولد ويعود لينمو من جديد فى هذا الجو الآمن ، ثم ينطلق ليتآلف مع بقية أجزائه وشخصه فى كل متنامق جديد ..

وفى كل ذلك نستعين لذلك الكائن المصنوع من لحم ودم ، بكل وسائل العلم الكيمائية والفيزيائية ، وكل ما أوتى الانسان من حب .

ما أصعب كل هذا .. وما أبعد عن الأذهان .. وما أكثر ما حيرنى .. وما أكثر ما أسعدتنى نتائجه ..

العلاج بالعقاقير :

ضاع العلاج بالعقاقير بين فريقين على طرفى تقيض فقد كان التحليل النفسى يصور استعمال العقاقير فى أغلب الأحيان أنه ضد للعلاج النفسى ، فهو المعارض له أو الموق له فى كثير من الأحيان ، وقد حدث هذا الخضم الذى لا مبرر له نتيجة لأن الذى يعطى عقاقير لا يمارس - فى الأغلب - العلاج النفسى العميق ، والعكس

صحيح ، كما أنه كان نتيجة لتدخل الزملاء الأفاضل المختصين في الأمراض العصبية بمعلوماتهم العظيمة عن الشلل والأورام - في مجال الأمراض النفسية ، وهو مجال مختلف تماما ، لا من حيث أنه ليس وظيفة للمخ ولكن من حيث أن الطب مهنة ، وأن هذا القرع من المهنة رغم أنه يتعلق تعلقاً مباشراً بنشاط المخ إلا أن له طرقاً وأساليب تختلف تماماً عن أساليب دراسة وتشخيص وعلاج الشلل وضمور العضلات . .

هذا استطراد ثانوى نرجع بعده إلى العقاقير . . . منذ أوائل الخمسينات ظهرت العقاقير التي عرفت فيما بعد « بالمهدئات العظيمة » وكان المقصود منها أنها عقاقير لها مفعول مهدىء بدرجة بالغة دون أن يؤثر على النوم أو على القدرات العقلية الأخرى ، ورغم أن وصف هذه العقاقير بأنها « مهدئة » لا أكثر ولا أقل ، إلا أن استقبالها في مجال الطب النفسى كان استقبالا عظيماً ، لا لأن الطب النفسى كان مفتقراً إلى التسكين دون نوم فحسب ، لكن ربما أحس الأطباء النفسيون - دون يقين علمى - أنهم وضعوا يدهم على مفتاح المشكل الذى حيرهم أبداً . . .

وكان أول عقار استقبل هذا الاستقبال اللائق وحل مختالاً إلى حقل الطب النفسى هو عقار الكلوربرومازين المعروف باسم « اللارجاكتيل » الذى اكتشفه الأستاذ الدكتور جان ديليه ، وزميله دينيكير ومازال من أحسنهم جميعاً . . .

وقد تصادف أن كانت مهمتى العلمية فى فرنسا فى قسم الأستاذ الدكتور ديليه عضو الأكاديمية الفرنسية ومكتشف هذا العقار وقد حضرت معه الاجتماعات العلمية القليلة التى قادها ، وكان مهاباً رهيباً ولكنى لم أجده فيه شيئاً جديداً بالمقارنة بالأستاذ الدكتور « إى » مثلاً كما سبق أن ذكرت ، أما هيئته وورعته فيعرفها كل من يعرف « هيراركية » الطب فى فرنسا ، ويعرف كيف يتمتع

الرئيس بسلطات لا حدود لها ، وعرف الهجوم الذي وجه إلى هذه السلطة غير المحدودة في ثورة مايو ١٩٦٨ ولم تهطم بقدر كاف ، وكان الأساتذة الأصغر مثل يشو ودينيكيريجلسون في حضرته مثل التلاميذ رغم « عادية » ما يقول ، ومن ضخامة ما كان يتمتع من هيبة كنا نطلق عليه أحيانا اسم السيد الإله ، وربما كان ذلك لتقارب نطق مقاطع اسمه (بالقلوب) Delay من اسم الله بالفرنسية Le dieu ، وحدث شيء طريف لا أنساه يتعلق بكرسي عتيق في مكتبه ، فقد كان القسم في سبيله إلى الانتقال إلى مبنى آخر جديد ونخم ، فترك مسيو ديليه مكتبته (مؤقتا) والمكتب الملحق بها ليشغلها صديقي برينيتي الذي كنت أعمل معه في قسم الطب النفسى الاجتماعى (وقد تحدثت عنه بافاضة أثناء عرضي للصحة والمرض) كان ذلك الكرسي العتيق يخرج القش من قاعدته بشكل نشاز وسط أثاث الفرقة ونمى إحدى قدميه ويرقص المسند عليه بلا مسامير فهو لا يصلح للجلوس ولا للتنقل لأنه يخشى عليه من الحركة ، وبديهي أنه كان محل تساؤل منى فانطلق بيير يضحك ضحكة الطليانية وقال إن هذا كرسي مسيو ديليه ، وقد طلبت نقله فقالوا لا نستطيع أن نمسه إلا إذا حضرت مدام ديليه وأدلت برأيها الأخير في مصيره ، وقد كان ، وحضرت وشاهدته وعاينته ، وأجلت النطق بالحكم حتى يتم النقل نهائيا ، ولكن النقل لم يتم حتى غادرت باريس بعد سنة ، ولم يتحرك الكرسي من مكانه ، وفي مرة كنت أتناقش مع صديقي بيير عن حكاية المناصب والأساتذة ذوو الكراسى والأساتذة من غير كراسى ، ولحت الكرسي العتيق أمامي وقلت له أنى سأجلس عليه في حذر وألتقط صورة لى ، فلما ذهبت إلى بلدى زعمت أنى شغلت كرسي الأستاذ الدكتور ديليه لفترة من الزمن وأنا أحمل الدليل على ذلك ، ومن يسأل أبرز له الدليل المادى المعتمد .

وانطلقنا نضحك من الأعماق .

المهم أنا لا أعرف لماذا ذكرت هذا الاستطراد ولكنى أردت أن أظهر بعض معالم الهيراركية في الطب النفسى حتى لا نضجر من مثلها عندنا بثورة لم تنضج، وفى نفس الوقت أردت أن أظهر هيئة الرجل الذى اخترع العقار الذى هددانى إلى ما أنا فيه الآن رغم أنه هو شخصيا لم يحطه نفس الأهمية الديناميكية التى تبيينها مؤخرًا، بل إنه هو شخصيا لم يؤثر فى بالدرجه التى أثربها فى عالم آخر غير جامعى سبق أن أشرت إليه ولن أمل الإشارة إليه وهو «هنرى إى» .

معاودة مع سارجنت :

ظهر عقار اللارجا كتيل وتبعه عقارات متعددة من فصيلة الفينوثيازين ، ومنذ حذقت استعمالها زاد فهمى للانسان وقد درت على السيطرة على الموقف ، كما صرت أكثر شجاعة فى النوص إلى الأعماق ومن كثرة ما كان استعمال هذه العقاقير ديناميكية يثيرنى نشوة وإعجابا ، بقدر ما كان إعطاؤها الأعمى يحدث لى الشيان ، وحين حضر الأستاذ الدكتور سارجنت (وهو من قادة العلاج العضوى للأمراض النفسية فى إنجلترا) - ليلقى محاضرة فى القاهرة فى جمعية الصحة النفسية سنة ١٩٧٠ عن المستحدث فى علاج الأمراض النفسية بالعقاقير عرض الأمر بذكائه وعلمه فى صورة غريبة - على على الأقل - عرضها بمثل هذا الكلام « إذا جاء المريض بعد الثلاثين وقد كان سليما معافى قبل ذلك ، إذا جاء يشكو من أعراض فجائية فهو فى الأغلب جدا مكتئب بغض النظر عن الأعراض فإذا أعطيته عقار كذا بكمية كذا فإنه فى الأغلب جدا يشفى دون قيد أو شرط .

ثم تكلم عن الأعراض والأمراض الأكثر خطورة وتناول العلاج بادئا بالكيمياء ثم مثليا بالكهرباء وأخيرا بالجراحة . . . ودمتم . . .

وقلت له سائلا : « إذا نحن استعملنا هذه العقاقير بتلك الطريقة البسيطة

دون محاولة فهم التأثير المشبط للطاقة النفسية اللازمة لتطور الانسان والخلق
والأصالة .. هل نكون مساهمين في مسيرة الحضارة أم معوقين لها ؟
قال :

« إن استعمال العقاقير ديناميكيًا له مؤيدوه .. ولكنه لم يثبت أنه أضاف
جديدًا لفهم الانسان » .

ثم أخذ يهاجم تحليل مرضى القصام وفشله النديع ، وقد ظن أنى من الذين
يمارسون التحليل النفسى تقليديا ، وأخذ يؤكد لى أن هذا الطريق مظلم
لا قرار له .

وكان أمينًا حين ذكر فى رده اعتراضا مماثلا للدكتور هـ . لانج صاحب
كتاب النفس المنقسمة Split Self حين قال الأخير فى هجومه على هذا الاستعمال
الأعمى للعقاقير « أنت تضغط الناس ، تشكلهم ليماثلوا النمط الاجتماعى السائد ..
ليصبحوا رقما مطيعا ترسلونهم بعد ذلك إلى فيتنام ليقتلوا الأبرياء ويقتلوا أنفسهم »
نقل هذا الاعتراض المائل بأمانة ثم أضاف :

« ولكن هذه العقاقير تجعل تفكير الانسان أحسن ، وحكه أدق فيتبع
ناصر أو كاسترو أو نيكسون » ..

وكان وانحافى رده أن تطور الإنسان عنده أن يتبع الفرد فلانا أو علانا
وأغفل القوى التى صنعت ناصرا أو كاسترو ، وهى ليست هذ العقاقير على
كل حال .

ولم يكن هناك مجال لاستمرار المناقشة ولكن خيالى المحتج ذهب يتصور
المعالج بهذه الطريقة مثل واحد فى بلدنا يصلح بواير الجاز ، وهو يضع العقار فى
فى حقنة طرفها مثنى مثل ابرة وابور الجاز ويقول « كده تسليك .. كده توليع ..
خلص الجاز .. إديله هكباس »

وقلت « اللهم اخزيك يا شيطان عقى » .. ثم قلت .. لا .. يفتح الله ..
وتزداد حيرتى ..

وقد اكتشفت من خلال الفكر التحليلي أن للإنسان أكثر من ذات واحدة . سموا بعضها مرة الذات الناكسة Regressive Ego والذات الحقيقية مرة True Self والذات المركزية مرة Central Ego ورأيت ذلك فعلا محتملا إلا أنى رفضت وضع هذه « الذوات » « فى الهواء الطلق » فقد رأيتها ليست مجرد نتيجة لطبيعة علاقات الطفل بالأم بل هى مخلفات تاريخ بيولوجى طويل، أما الأم فإنها تغذى تركيباً موجوداً فعلا بطريقة معنية من المعاملة ... فينشط لمدة تطول أم تقصر ثم يكمن متحفزا فى أغوار النفس ، حين تصورت ذلك تلاقى الفكر التحليلي مع الفكر الانثربولوجى والبيولوجى عندى ورأيت الانسان ليس عدة ذوات ولكن عدة أغناخ بعضها فوق بعض أنثروبولوجيا وهدانى إلى تأكيد هذا بعد ذلك النوعية الجديدة لعمل هذه العقاقير، فتصورت أن كل عقار يعمل على منح قديم أو حديث دون آخر وكان هذا الزواج أول خطوة هدتنى للطريق .
ومرة ثانية لا أستطرد بدون مادة إكلينيكية وإنما أشير فقط إلى أن عدم رفض الأفكار المتناقضة هو السبب الحقيقى فى رؤية الجديد .

ومنذ هذا التاريخ وأنا أستعمل العقاقير بصورة مختلفة تماماً عن ذى قبل أعطيتها فى ثقة وتحديد ، وأضع لكل مريض فرضاً ، وأعطى العقار وأشاهد النتيجة لتحقيق الفرض وغالبا ما يتحقق ، وأحيانا لا يعطى القيمة التى تصورتها أول الأمر فيكون هذا هو حل المشكلة جزئياً لأنه ينير أمانى قطة كنت مغفلها ، أو يهدينى إلى صفة لأحد مستويات المنح (أو لأحد ذوات الانسان) لم تكن تخاطر لى على بال وهكذا أصبح كل مريض مشروع بحث قائم بذاته ، وأصبح كل عقار هو « المتغير » الذى يهدينى طريقى إلى الفهم والعلاج ، كل ذلك فى إطار علاقة الحب الانسانى أولاً ، ولم يخاطر فى بالى لحظة من اللحظات أن العقار سوف يعنى عن هذه العلاقة الانسانية التى هى الأصل فى كل علاج نفسى وفى كل تطور إنسانى .

وكنت أتصور الموقف على النحو التالى (وخاصة بالنسبة للقصاص للبكر) :
إن قوى المخ البدائى تنشط نتيجة لقشل المخ الحديث ، وأن العقاقير تثبط عمل
هذا المخ البدائى مستقلا عن بقية أجزاء المخ ، لأن القصاص إنما ينشأ إذا نشط هذا
المخ البدائى ليعمل مستقلا عن بقية السكل وحساب النكوص . . إذا فلا بد أن
يثبط عمله مؤقتا .. ولكن هذا لا يكفى إذ أين تذهب الطاقة ؟ لابد من جذب
إنسانى حانى نحو الحياة ولا يتم هذا إلا بوجود إنسان معالج يعطى الأمان ويفتح
قلبه منتظرا استقبال الطاقة ، كما لا يتم إلا بتوجيه هذه الطاقة إلى العمل
فى نفس الوقت وإلا توقفت فى محطة متوسطة مثل محطة المخ الاكتئابى
وهذا الفهم الجديد هو الذى أعطى السكل شىء معنى فى نفس الوقت ، وهو
الفهم الذى أجدنى أكبل القلم تكبيلا حتى يتوقف عن الاستطراء فى شرحه ، وإلا وقعت
فى خطأ عظيم بعرض نظرية مبتورة دون أدلة ، إلا أنى لا أملك إلا أن ألقى بضوء
خافت على مسار تفكيرى وأترك الباقي لتفاصيل علمية تظهر فى حينها . . إلا أن
هذه الإشارات ضرورية حتى يمكن أن أطمئن الناس إلى أن العقاقير ليست
بديلا عن الحب الإنسانى والفهم الإنسانى والاستماع والرعاية والعمل والتوجيه ،
وأنه حتى هجومنا الدوائى على جزء من المخ لا يهدف إلى القضاء على نشاطه بل يهدف
أساسا إلى تهدئة نشاطه الهدام ، ثم توجيه كل النشاط إلى البناء والحياة . وكل ممارس
للطب النفسى يعرف مقاومة تعاطى العقاقير مقاومة هائلة ، وحين فهمت الانسان
على أنه عدة ناس ، كنت أعرف فى محاورتى معه من الذى يقاوم إذ أن الذى
يقاوم عادة هو أحد هؤلاء الآخرين فى داخله الذين يهتمهم ألا يهدم نشاطه
الهدام ، وكنت أطمئنه أن هذه فترة مؤقتة ثم يعود السكل للنشاط فى إطار واحد ،
ولحساب الحياة والاستقلال وليس لحساب المجتمع الزائف والقهر والتشكيل ، وكان يقتنع

فى كثير من الأحيان ، ورغم أن الاقتناع هو أصل العلاج إلا أن العلاج وحتى الكيمياء منه يساعد على الاقتناع ، المهم أن تكسب الثقة أولا ، ثقة « كل » المعنيين . . أو بالأسلوب الجديد . . ثقة كل الأنماخ !!

وفى هذا الإطار الجديد للفهم الكلى صالت علاجا آخر طال خصامى معه اعدة سنوات :

العلاج بالكهرباء

للعلاج بالصدمات الكهربائية سمعة سيئة جدا ، وقد حيرنى تماما طوال ممارستى للمهنة ، فقبلا عدا بعض حالات الاكتئاب العريضة التى سبق فى الأغلب أن شفيت من بضعة صدمات كهربية ، كنت لا أحذر استعمال هذه الوسيلة المتأثرة فى العلاج ، كنت أعطيها أحيانا فيستجيب المريض استجابة عظيمة لصدمة أو اثنتين أو أربع ، وفى الخامسة تندهور الحال تندهورا ملحوظا فى نسبة كبيرة من الحالات ... وأتردد .. وأحتر .

وكنْتُ أصفها قبلا - مثل معظم العلاجات - بطريقة تجريبية اجتهدية ، وأحاول أن أراجع الكتب لتهدينى فأجد العجب - كالعناد - فكثير من المكتوب هناك يشير إلى أن « بعض » الحالات من تشخيص كذا تستجيب للعلاج الكهربائى استجابة عظيمة ، فى حين أن « بعض » حالات أخرى من نفس التشخيص لا تستجيب ، وقد يصف هذا البعض وقد لا يصفه . .

ولكن أغلب المرضى - إذا أحسنت الانتقاء بالخبرة والإحساس والتاريخ السابق - تستجيب استجابات عظيمة لهذا العلاج ، ومع ذلك فقد كنت أجذبى مترددا فى وصفه . . متكاملا فى مواصلته . . بل محرجا فى تبريره رغم تقى بنتائج . .

وكننت أتساءل : لماذا يرفض هذا العلاج أغلب المرضى بدرجة أكبر بكثير من علاج العقاقير ؟ وكان الجواب يأتي أن الإنسان لا يحب أن يستسلم هكذا لقوى خارجية مجهولة وهو فاقد الوعي لا يعرف أين تؤدي به ، والسبب الثاني أن الحالات النفسية التي تدهور - في الأغلب لعدم انتظامها في العلاج أو لعدم استكمالها - تميل إلى أن تعزو سبب تدهورها إلى شيء ملموس يمكن الرجوع باللوم عليه ، وما أسهل كلمة الكهرباء يعلقون عليها كل الأخطاء واللوم والسخط ، وبذلك يعفون أنفسهم من المسؤولية الجزئية المرتبطة بمحدث المرض أو بالتقصير في علاجه ، كما يرثوون خلاياهم من مسئولية الوراثة .. وتصبح الكهرباء هي السبب الأول والأخير ..

والسبب الثالث لسوء السمة التي لحقت بالكهرباء هي أن الحالات التي تشفى بها لا تتحدث أمام قريب أو غريب عن أنها أخذت علاج الكهرباء وشفيت لأنه حتى الآن يعتبر ذلك عيباً أو نقصاً يستحسن إخفاؤه وربنا أمر بالستر ، أما الحالات التي لم تتحسن بالعلاج الكهربائي فهي التي تعلن فشلها وتزوجه إلى العلاج وليس إلى إزمان الحالة ، ولم نسمع أحداً يقول أن حالته تدهورت بالرغم من الكهرباء بنفس النسبة التي نسمع بها الشكوى من أن الحالة تدهورت بسبب علاج الكهرباء .

تردد .. وحذر .. ثم ..

هكذا كان موقفي أمام هذه الوسيلة الممتازة في العلاج : تردد وشك ، وثقة وحذر ، وتساؤل ... خليط عجيب لم يهدأ خلال سنين طويلة من الممارسة ، لم أستسلم لتفسير قرأته ، ولم أقتنع إلا بكلام المرضى واستجاباتهم ، وظلت هذه المشكلة مثل كل المشاكل التي سرحتها معلقة في رأسي لا تدخل إلى حد التسليم

ولا تخرج إلى حد الرفض حتى اهتديت بتقديم أفكار التحليل النفسى الحديث إلى رؤية الإنسان عدة أناس .. وانتهيت بعلاج العقاقير إلى رؤية المخ عدة أمخاخ ثم قابلت بين هذا وذاك وصارت لغة . . . وحينئذ استدرت إلى العلاج الكهربائى وتساءلت : إذا كانت العقاقير الحديثة تعمل على مخ دون آخر وإذا كان العلاج النفسى ووجود الإنسان المحب يجذب حركة القوى المحبة إلى الخارج يا إلى الحياة ، فماذا تفعل الصدمة الكهربائية وهى التى توقف عمل كل الأمخاخ للحظات ثم تعود للعمل فلا يوجد اختيار أو تفضيل مخ على مخ ، وهنا تذكرت قانونا من أبسط قوانين الفسيولوجى وهو قانون « ستارلنج » وهو قانون صالح للتطبيق على العضلة المفردة وعلى القلب وعلى الحياة بصفة عامة ، وهو يقول بإيجاز أن الصدمة - أى صدمة - تزيد الضعيف ضعفا وتزيد القوى قوة ، فإذا كان هناك عدة أمخاخ فعلا فإن الاستجابة للصدمة الكهربائية تتوقف على أيها الأضعف وأيها الأقوى ، والضعف والقوة هنا لا يأتى حسب حسابات اللحظة الراهنة فحسب بل يدخل فى حسابه التاريخ السابق والإمكانات المتاحة لعمل كل منها فشلا فى أول المرضى - بغض النظر عن نوعه - يكون المخ ذو النشاط المرضى ضعيفا فيكون العلاج الكهربائى مفيدا جدا أفضل مما لو أزمّن المرضى حيث يأخذ النشاط المرضى قوة تزدد بإحداث الصدمة ، وفى حالات الهوس الحاد حيث يكون نشاط المخ الهوسى قوى جدا لا يصلح علاج الصدمات الكهربائية بحال إذ أنه يزيد هوسا .

وسأضرب مثلاً واحداً أخيراً في كيفية عمل وسائل العلاج المختلفة مجتمعة مع بعضها، فاني دائماً أتصور أن العقاقير المهدئة العظيمة تضعف الأعصاب ذات النشاط المرضي الانسحابي أو المدواني ، وأن الحب الإنساني يمثل قوة جذب إلى الخارج وإثارة للنشاط

الصحي نحو اقتحام الحياة في أمان ، والعمل يحور مسار هذا النشاط وكأننا أمام قطار توقف ، عمه له الطريق ونأ كد من صلاحية القضبان (توجيه العمل) ثم نسد الطريق الخلفي (بالعقائر) ثم نضع قوة جذب أمام القطار (الانسان المحب) ثم تحدث الصدمة بعد ذلك فينطلق القطار ... ولا تنتهي القصة ... بل ربما تبدأ بعد تلك الصدمة وتستمر الحركة لترجع كفة الحياة وجذبها ، وبالقار والملاج النفسي والعمل تستمر جميعاً لخلق الانسان الجديد ..

بهذا الفهم المتعدد الجوانب وبعد أن بدأت استعمال الصدمة الكهربائية على جانب واحد بحيث لا تؤثر على الذاكرة بدأت أحدد على وجه الدقة متى أعطى الصدمة الكهربائية ولماذا ؟ وبدأت أحدد على وجه الدقة كم صدمة أعطى ومتى أعطى التالية ، ولم يعد عندي إطلاقاً أى تحديد لعدد مسبق وكثيراً ما كنت أعطى صدمة واحدة تكفى للتغلب على موقف محدد ... وحين جمعت هذه الحالات التى أخذت صدمة واحدة ، وأخذت أتحدث عنها مع زملائي دهشوا وهاجوني فى فسكاهة وأنا أقول لهم أنه أحياناً فى حالات كذا أعطى « كهرباية » وقالوا « كهرباية ؟ طب خليمهم اثنين » ليذكرونى بأحدى المسرحيات حيث يقول فؤاد المهندس طعميابة ؟ طب خليمهم اثنين

ودون تردد دخلت الكهرباء فى الإطار العام .. وبتوقيت غاية فى الدقة ، حتى أنى أعطيتها لبضعة حالات فى ليالى الامتحان دون أى تردد ما دامت الحسابات دقيقة ودخل جميعهم الإمتحان وحققوا نتائج باهرة . فى حين أنى كنت أتردد فى إعطائها قبل الامتحان بعدة شهور قبل ذلك .

ولن أطيل فى تفسيرى لهذا العلاج فى هذا المقام المحدد حيث أعرض فكري بصفته مشاعر شخصية وليس بصفته نظرية علمية ، ولكنى أذكر فقط أن المقابلة بين

الأطوار التي يمر بها الإنسان المعاني مع مفعول الكيمياء والكهرباء والعلاج النفسي جميعاً في كل متناسق هو المفتاح الحقيقي لوضع الفرض الجديد ، وأن تركيز إهتمامي على العلاج هو الذي أوضح لي جذور المرض ، وحقيقة الإنسان .

متفرج أم مساهم إيجابي ؟

ولكني أحب أن أشير هنا إلى اللحظة التي صاحبت ولادة ذلك الفرض الذي أسميه ثورة فيما يتعلق بالعلاج ، فالمعركة التي احتدمت في داخلي بين الطبيب والإنسان بدأت بأن طغى حماس الإنسان الشاب ، ثم انتصر الطبيب الشيخ .. ولو ظاهرياً ولو لفترة ، ولكن الإنسان لم يهدأ ولم يرض أن يقف موقف المتفرج ، ثم ثار أخيراً ، ونتيجة لثورته الكاملة اتخذت موقفاً إيجابياً في العلاج ، أساهم به في مسيرة الإنسان الثائر .

وراجعت كل شيء من موقفي هذا بين الكهرباء والكيمياء والعلاج النفسي ، وتذكرت توقعات فرويد البيولوجية ، ولكنني عتبت على بعض أتباعه وتوقعهم بتطور الإنسان ، ووجودهم عندما ترك فرويد لحظة موته ، ناهيك على قصر اهتمامهم الأول على أبسط أنواع المرض النفسي (المستيريا) وأسخطها (عصاب القهر) دون بقية الأمراض الأساسية في سلم المرض ، ثم إلغاء الجانب البيولوجي من فكرهم .. ورأيت أن هذا الفهم الجزئي الجامد إن لم يدخل في السكل الجديد فإنه فهم قاصر ومعموق .. وكرهت موقفهم السلبي وإن كنت انبهرت واهتديت بأفكار بعض المحدثين دون اتباع طريقهم - فوقف المتفرج الذي يبحث عن الأسباب والشحنات المختبئة داخل المقد والتلايف غير موقف الإنسان الإيجابي الذي لا يتعلق بتفاصيل ما كان ، إلا بمقدار ما يتضح الفهم ثم

تكون رؤيته « للآن » و « الغد » أوضح ، فهو لا يتساءل لماذا حدث هذا ،
ودمت ، ولكنه يتساءل أيضاً لماذا لم يستمر « ذلك » النمط في الحياة ؟ وماذا جد
حتى يضطرب ذلك الموقف الهادئ ، ؟ ثم : ماذا بعد ؟

وأصبحت رؤيتي للمرض النفسى أكثر وضوحاً :

اضطراب تكيف أم اضطراب كيان ؟

أصبحت أضع فى الاعتبار سؤالاً جديداً جوهرياً بديلاً عن السؤال القديم
« عصاب .. أم ذهان ؟ » أو « مرض نفسى .. أم عقلى » أسئلة سخيفة لم يعد
لها مكان ، تعوق أكثر مما تهدى ، وإنما أصبح السؤال فى صورته الجديدة هو :

« اضطراب تكيف .. أم اضطراب كيان » .

وذلك إنما يعنى التساؤل : هل الاضطراب الذى حدث هو محاولة من
نفس النظام القائم فى التغلب على بعض المصاعب على الطريق فى سبيل
إعادة التكيف . ؟

أم أنه فشل تام لهذا النظام بحيث أن الكيان نفسه قد اهتز ، فلا بد من
ثورة أو مشروع ثورة لإعادة تنظيم الكيان بطريقة جديدة .. ؟

ولا تخفى العلاقة بين اضطراب التكيف واضطراب الكينونة فقد يصل
فشل التكيف إذا كان تاماً إلى اضطراب الكيان من الداخل ، كما قد ينتج عن
اضطراب الكيان سوء تكيف لا يحله إلا تغيير شامل بمزيد من التطور .

وبمعنى آخر فإن اضطراب التكيف هو — من وجهة النظر هذه —

اختلال كمي في طريقة الحياة العادية .

أما اضطراب الكيان فهو تغير كيمي في نوع الوجود .

المهم هذا موضوع قد يحتاج إلى تفاصيل ، إلا أن أهميته في هذا المقام أن علاج الأمراض قد اختلف عندى منذ رأيت هذه الرؤية .

فإذا كان اضطراب « تكيف » فإن الواجب الأول هو فهم أبعاد المشكلة والمساعدة لإعادة التكيف كما كان ..

أما إذا كان الاضطراب هو اضطراب كيان .. فلا بد من ضبط الثورة حتى يتم إحلال البديل الجديد محل القديم الفاشل .. وإلا فإن التدهور محتم .

وكنت أجدنى غير متحمس لمشاكل التكيف رغم احترامى لآلام صاحبها، ولكنى ألتجأ إلى وسائل سطحية تساعد على التكيف ، وسرعان ما يعود المريض « كما كنت » على حد التعبير في التدريب العسكرى ، وفى كثير من الأحيان كنت لا أعجب المريض فيختفى ليذهب إلى زميل أحذق منى فى التفسير والتبرير والترويض والتسكين ، المهم أنى أعتبر مساعدة هذا النوع من المرضى ضمن واجبي كطبيب لا بد أن يساعد من يستنصحه ، ولكنه ليس من ضمن رسالتى كإنسان .

أما مشكلة الكيان فهى مشكلة « وجود » أو « كينونة » ، تتصل بجوهر وجود الإنسان وبالتالي فهى من صلب مشكلتى ، ولم أكن أحاول أن أعيد الأمر « كما كنت » لأننى حتى لو حاولت فلن يحدث ذلك أبداً ، والذي يتصور أن المريض عاد كما كان بعد اختلال كيانه إما يرى الشكل الظاهرى للأمور ولكنه لو قاسها بمقياس إنسانى دقيق يحدد به العواطف الانسانية بالذات

لتعجب أن التدهور أكيد وخفي ، فالإنسان الذي رفض نوع الحياة القائم ، أو بمعنى أدق الذي انهارت طريقته تماماً ليس أمامه إلا أن يصبح أسوأ مما كان أو أفضل مما كان، ولكن ليس أبداً « كما كان » ، ذلك أن هذا النوع من الرفض الذي يتعلق بالكيان والكينونة والذي أسميته « أزمة تطوّر » يثير نشاط خلايا كامنة تحاول أن تعطى بديلاً عن ذلك النظام الذي فشل ، وهو بديل يمثل عادة مرحلة سابقة من التطور (بالنسبة للإنسان القرد وبالنسبة للإنسان النوع) ، وتكون مظاهر المرض هي مجموع نشاط هذا المستوى البدائي ، وبقايا نشاط المستوى الأصلي ، والصراع بينهما ، وكنت حين أشرح هذه الفكرة لزملائي الكبار يقولون ما أصعب ذلك ، ولكني حين كنت أشرحها لزملائي الذين لم تنحشر في أدمغتهم موسوعات العلم ، كنت أجدها أسرع بل تشخيصاً أوضح ، فبديل أن نسأل ماذا يعني قول المريض « أعتقد أن الناس سوف تقتلني » وهل هذا وسواس أم ضلال ، كنا نسأل عن حديثه جملة : هل هو حديث من كيان واحد مثل كل الناس ، أم أنه يمكن رؤيته على مستويين ، وكأن جزءاً من كلامه يعبر عن اتجاه ، في حين أن جزءاً آخر يعبر عن اتجاه آخر ، وكأن قوله ذلك إنما يعني ما يعانيه جزء من نفسه من الجزء الآخر ، وكان ذلك سهلاً ، ومن واقع التجربة التي سأذكر تفاصيلها في موضعها العلمي ، كان الأمر سهلاً لدرجة أنه نادراً ما أخطأ طبيب امتياز أن يتبين أن الذي أمامه واحد أم أكثر بمجرد أن يعرف الطريق ، إذاً مقاومة الجديد ليست لصعوبته ولكن ربما لقربته ، وربما للطبيعة البشرية في فترة معينة من العمر .

وكنت بعد ذلك ، وبعد أن أدرك معنى اللغة ومصدرها ، أتدخل بحماس وإيجابية مؤمناً أن الإنسان الكامل لا يصح أن يسيطر المخ الحديث فيه على الأنماخ القديمة سيطرة متحيزة بل ينبغي أن تعمل جميعها في اتجاه تطوري واحد ، فكنت أعطي المقابر

لأهدنى ثائرة الإنسان القديم داخل المريض، ثم لأطلق سراحها في الإطار العام، لأنه لو، كان الهدف هو مجرد القضاء على نشاطهم، فتحن بذلك نرجح أن يستمر الإنسان ناقصا مسطحا بلا أعماق، وهذا هو السبب المباشر في فشل النظام السابق: بالمرض، فكان خلايا الإنسان القديم قوله بالمرض -: ما دمت أيها الإنسان الحديث نسيئى وفشلت في أن تتكيف معى فدعنى أنطلق بلغتى الخاصة، وحتى إذا تحطم الهيكل كله، فلى وعلى أعدائى... وليكن ما يكون.

وهنا ينبغى أن تتدخل الكيمياء حتى لا يكون ما يكون، فتهدىء الخلايا الثائرة بالعقاقير الحديثة التى كان لها الفضل فى هذه لرؤية لما لها من عمل اختيارى على أشكال معينة من السلوك، وبالتالى على خلايا ودوائر معينة فى المخ، بل إنى وضعت لها ترتيبا تصاعديا من واقع خبرتى يقابل مستويات المخ فى القدم، ذلك أن بعض المهدئات العظيمة تعمل على المخ القديم السلبي دون الحديث الميكانيكى، وغيرها تعمل على المخ القديم الايجابى... وهكذا، وهذه الرؤية جميعها هى التى أيقظت انتباهى للتوفيق بين التحليل النفسى والعلاج الكيميائى وتطور البشر وتطور الانسان الفرد، إلى جانب ما أشرت إليه من طريقة « مسح النشاط الأضعف » بالكهرباء...

كل هذه العلاجات تعمل جنباً إلى جنب فى دقة متناهية، وفى جو من الحب الانسانى الغامر الذى يحتاج إلى فهم عميق، ووقت طويل، وصبر، وقدرة غير محدودة على العطاء، على أن هذه الطريقة العضوية فى التفكير قد تفرح بعض زملائنا المتخصصين فى الأعصاب، إلا أنها أبعد ما تكون عن سابق تصوراتهم:

فهم يتحدثون عن خلايا وكيمياء.

وأنا أحدث عن مستويات وظيفية تعمل فيها الخلايا، ولكنها خلايا غير محددة

ولن نتحدد بوسائل البحث الحالية - فهي ترتبط بدوائر كاملة منتشرة في كل مكان بالمخ غير أن العقاقير تحدد مكانها تطورياً ، وليس على وجه الدقة تشريحياً .
وهم يتصورون أن الكيمياء والكهرباء ستحل الاضطرابات النفسية

وأنا أرى أن الكيمياء والكهرباء ستجعل الإنسان أكثر قدرة على السيطرة على الموقف ، ولكنه سيحتاج إلى عمق أكبر في العلاج النفسى ، ووقت أطول ، وحب أشمل ، وصبر وفهم وتطور مستمر ..

إذاً فهذه الدعوة ليست فى نفس الاتجاه إن لم تكن نقيضاً لذلك الاتجاه الميكانيكى المحدود، إذ أنها دعوة عضوية دينامية أساساً ، بدأت منذ ساندور رادو ، واستمرت فى « هنرى إى » ، ووجدتها لا تستكمل إلا بالأفكار التحليلية الجديدة ، وفهم مفعول العقاقير والأنثروبولوجيا فيها تطورياً .

وآخر مثال أضربه للاختلاف هو أن بعضهم يقول أن الأمراض النفسية هى نوع من الصرع .

والعلاقة بين الصرع والأمراض النفسية كانت مفتاحاً مساعداً للأفكار التى هدتنى إلى التوفيق بين كل شئ ، حتى وضعت الأمر فى أسلوب آخر : وهو أن الصرع نوع من الأمراض النفسية فى أغلب الأحوال ، فهنا نطلق الكل على الجزء فى حين أنهم يطلقون الجزء على الكل ..

وهكذا أعتبر الاختلاف جوهرياً وأساسياً بلا أمل فى اللقاء القريب ، بل إن المتوقع هو التباعد المستمر ، ما لم يتخلوا عن التفكير التشريحي ، ويتجهوا أساساً إلى الأسلوب المهنى ، حيث الذى يحدد تخصص الطب وفروعه هو طريقة تعليم المعلم لصبيه ، وليس المنطقة التشريحية التى يقع فيها الاضطراب .

ومرة ثانية أعذر عن هذا الاستطراد ، ولكها أفكار حرة منطلقة، مثلت جزءاً كبيراً من تكويني ومن خبرتي، ولا أجد مفراً من أن أشير إليها على الطريق ، حتى أرجع إليها بالتفصيل .

وزارة التطور :

أكرر أن الناس جميعاً يتصورون العلاج النفسي نوعاً من الترفيه والمهادنة ، وهذا ما أوحاه إليهم الكلام عن الظروف والعقد ، وكله كلام تابع من فكرة التحليل النفسي ، ومن كثرة ما انتشرت هذه الأفكار لدرجة معوقة فعلاً، كتبت مرة في نقاشي المتصل مع صديقي د. محمد شعلان أسمى التحليل النفسي بهذه الصورة « التحسيس النفسي » وفي إحدى ثورات غضبه وافقني وسماه اسماً على نفس الوزن وفي نفس الاتجاه ، إلا أنني لا أسمح لنفسى بذكره ، وأستعيض عنه بكلمة « التحشيش النفسي » ، وإن أنكر ذلك المحدثون من المحللين ، إلا أن هذا هو مفهوم الناس عنه ، على الأقل في خبرتي المتواضعة :

يأتى المريض وأهله ، يريد أن يتكلم .. هذا حق واجب وضروري لفهم الحالة ودراسة جذورها ، ثم يريد أن يتكلم ... لا بأس من ذلك ، ثم يتكلم ولا يكف عن الكلام ، ويبحث عن القصص والروايات .. كل هذا طيب ، ويتصور أن العلاج يبدأ بالكلام وينتهي بالكلام ، ولا بأس من تفسير الأحلام على الطريق ، ويا حبذا لو بررنا الأعراض ووجدنا هدراً لكل تصرف ، وكل ذلك مقبول وموصوف في كل أنواع العلاج الحديث ، ولكن هذا كله مرحلة محدودة ، فقد كنت أرى في كثير من الأحيان كيف يمكن أن تكون هذه المرحلة خدعة كبرى تمهد لمزيد من الهرب من المسئولية ومن التطور ومن الحياة ، ولا أنكر أن طول هذه الفترة قد كان له ضحايا في خبرتي أكثر مما تصورت ، فقد كنت أشعر أننا

في بلد ظروف الحياة فيه صعبة ، والفرص لا تنتظر ، وعندنا من السلبية والتواكل ما يكفيننا ويكفي عدة شعوب معنا ، لذلك فإن الأمر يختلف عن بلد أكثر رخاء ، وعرفت بعد عديد من الضحايا أن المريض يحتاج درجة هائلة من التوجيه الإيجابي الذي كنت أسميه أحيانا « الضبط والربط » ، حتى يستقيم على الطريق ، وإلا فإنه - في الأغلب - متدهور لا محالة إلى مستوى أدنى من الحياة تحت سمع وبصر اللافعات التحليلية ، والآمال النظرية المكتوبة في الكتب ، وكنت أشعر أنه - كما قال أفلاطون « الفرد مثل الدولة » - إذا كان الحل الاشتراكي هو الطريق الوحيد لتطور الأمم النامية ، فإن العلاج الإيجابي هو الطريق الوحيد لتطور الفرد المتخلف وخاصة في مجتمع متخلف . وهذا فقط نحى المريض من الحرب وهو رافع لافتة مكتوبا عليها تشخيص لا معنى له ، يهرب تحته وبالعلاج من الألم اللازم لتطوره ، وبالتالي يهرب من المسؤولية المقترنة بحريته كإنسان ، والأهل يساهمون بفكرهم وعظمتهم وجهلهم ، - أو بملهم الذي هو ألن من الجهل - في مسيرة التدهور .

وكنت أنساءل دائما: لماذا يصر الناس أن يقولوا أن لكل شيء سبباً - وهذا مقبول ومعقول - دون أن يقولوا ولا يريدون أن يقبلوا أن لكل وجود هدفاً، وهو ليس هدف القوة أو السيطرة كما يقول «أدلر» بقدر ما هو التطور الذي يشمل القوة، ولكنه يتصف أساساً بالحب والإيجابية والرفق .. والذي يذكر ما أوردت من حديث من تلقف الناس في غرب أوروبا فكرة التحليل النفسي دون أفكار يونج وأدلر مثلاً في أواخر القرن التاسع عشر، يستطيع أن يقارن مرحلة تطورتنا الآن بتلك المرحلة في غرب أوروبا ، فنحن للأسف وللحقيقة نعيش بعقول القرن التاسع عشر، وبعضنا يعيش بعقول القرون الوسطى ، أو في بعض الحالات ما قبل التاريخ ، وإن لم نشبه لنقفز هذه الحقبة بكل ما نملك من إيجابيات فلن نلحق الركب أبداً ، بل إن هناك

أملأ أن نتجنب حتى الأخطاء التي وقع فيها السابقون الذين تحمسوا للماكينات أكثر مما تحمسوا للإنسان وهم يراجعون أنفسهم الآن ، فلنراجع أنفسنا وتعلم من أخطائهم وننتقل . ولا داعي مطلقاً أن يكون الطبيب النفسي عامل هدم وتبرير ، بل عليه أن يكون عامل بناء وتطوير ، وحين قرأت برناردشو ومثلت فكرته عن « وزارة التطور » ، ورغم هجومه القاسي — الظالم أحياناً — على الأطباء ، فقد قصرت أن خير جهاز لهذه الوزارة هم الأطباء النفسيون الإيجابيون ، حيث يرون الإنسان في مسيرته نحو نوع أرق ويدرسون الظروف التي تسمح له بالنمو النفسي الارتقائي ، ويوجهون التعليم والتربية إلى صنع الإنسان الحديث ، واكتساب عادات ارتقائية .. لتصبح غرائز المستقبل ، ونوفر بذلك ضياع أجيال قادمة تقاسى من هزيمتها الداخلية ، وقهرنا الخارجي لها .

أنا حر :

« أحضر إلى العلاج أولاً أحضر ... أنا حر .. »

« أعيش إنساناً أو أتدهور ... أنا حر .. »

« أستغل المرض والعلاج لصالح التبرير والاستسهال أم أعالج فعلاً وأنتصر ... أنا حر .. »

« وحررتي أكتسبتها لأنى إنسان .. وأنا إنسان لأنى ناطق ؟ ! ... »

إلى أين تقودنا دعوى الحرية ؟ ...

« أقتل النوار في فيتنام ؟ ... أنا حر .. »

« أستولى على أرضك ووطنك لأدعو إليها مهاجرين جدداً .. أنا حر .. »

« أحرمتك من التعبير ضد رأى الحكومة .. أنا حر ... »
« لأنى أقوى - أقوى فى الخير أبوفى الشر ، هذا تقدير شخصى - فأنا أفضل
ما أريد .. لأنى أستطيع ما أريد .. »

كنت وما زلت من أكثر الناس تعصبا للحرية .
وكنت وما زلت أدرك أن الحرية مقترنة بالعدل والمسئولية معا ، لا يوجد
أحدهما دون الآخر .

وفى مجموع نشاط الشعوب سوف تنتصر الحرية لانهالة مهما تعثرت أو أسوء
استعمالها ، ولكن من واجبنا ومسئوليتنا أن نحدد من النكسات بكل قوة
حتى نوفر الوقت الضائع على طريق التطور بأن نتمسك بالعدل الذى يتيح
حرية أكبر .

أما فى نشاطى العلاجى الفردى فقد كانت مشكلة الحرية أكثر تهديدا
وتحطيا للفرد .

وقد رأيت فى تجربتى أنه لا يمكن أن يتحرر منطق الإنسان ودعاواه، دون
أن تتحرر ذاته وخلاياه حتى الأعماق .

ولا يمكن أن تتحرر ذاته وخلاياه بأن يرجع نشاط مخ على نشاط مخ آخر،
بأن نرجع للمادية على سمو الإنسان، أو نرجع الغريزة على التطور ، أو يرجع المنطق
على الحدس ، ولا العكس فلن يتحرر الانسان بأن يلغى ماديته أو يتناسى غريزته
أو يهمل خدمه ، وإنما الحرية الحقيقية هى أن تعمل كل خلاياه وتركيباته التاريخية
والحالية فى كل جديد يهدف نحو التطور .

وبكل أسف فقد كانت خبرتي تسمح لي برؤية الناس من الداخل، ربما أكثر مما ينبغي، ووجدت أن أبعد الناس عن الحرية هم الذين ينادون بها، من الفريقين، وكلما علت الشعارات ورنت الألقاظ كلما كان أسهل على أن أضبطه متلبسا بالتحيز والطمع والذاتية المطلقة...

وممارسة الطب النفسي بمفهوم التطور من أكبر الأمور تعرضا لحرية المريض، فبشكل ما يمنع الطبيب المريض من إغماض عينيه، ومن التفاضل عن مصيره، ومن انتصار السلبية ومن الاستمرار في تكرار أسلوب آبائه، باختصار يمنعه من الضياع ومن التدهور..

والإنسان يشكو من الضياع ويخاف من التدهور وهو دون أن يدري ومهما رفع من لافتات يصر على الضياع ويسعى جثثا إلى التدهور، وأخطر صور التدهور أن يكرر جمود آبائه، أو أن يمارس حرته ضد تطوره، وأصعب الأمور على الطبيب النفسي الإيجابي هو أن يكسب هذه المعركة، أن يظهر للمريض كيف أن الحرية التي ينادى بها هي منتهى العبودية، لأنها حرية جزء على حساب الكل، هي أحيانا حرية الفرد دون حرية المجموع، وهي أحيانا حرية العقل أو الجنس دون حرية الشاعر أو الإيمان، ولا أعني بالإيمان التدين وإعادة النظر في كل ذلك يصلح القول الشائع أن البقاء للأقوى، إذ أن البقاء للأصلح وليس للأقوى والصالح هنا يأتي من قياس مدى ما يتمتع به الإنسان من الصفات الخاصة بالإنسان.

والسلاح الأول الذي وجدت أنه يساعدني على التغلب على التدهور مع سبق الإصرار والترصد هو « الحب »، لا بد أن يصلح حبى للمريض أولا، لا بد أن يدرك أى معه على كل حال. ومع النقد، ولكن الحب وحده لا يكفي، والكلام وحده لا يكفي، والتداعى « الجر !! » وحده لا يكفي، كل هذه مراحل تمهيدية لكسب الأمان والثقة، أما لو توقفتنا عندنا فإننا نمارس

العجز شخصيا مثل الداعين للسلام بدون سلاح ، ذلك لأن التدهور لا يرحم ، وهو يستعمل كل الأساليب والقوى حتى يتم دورته ، وألن الأساليب هي الأساليب الخفية التي تختبئ تحت ستار الحرية .

« أريد أن أعالج بطريقتي أنا »

« أنت هنا لتسمع ... وترى »

« لا أريد أن أتألم .. وإلا لماذا جئت »

« أنا حر .. أفعل ما أشاء حتى الانتحار »

وكان الانتحار عندي أصنافا ربما كان أخفها قتل الجسم ، لأن قتل النفس قد يتم في مجال العواطف السامية ، أو التفكير الحر ، أو العمل الإنساني ليحل محلها بقايا من السلوك الروتيني البالي الذي لا قيمة له كل ذلك تحت ستار الحرية ..

وأول شكل لممارسة الحرية في العلاج هو ممارسة حرية الحرب من العلاج ، وأهل أغلب الأطباء ذوي الخبرة في العلاج الطويل يتحدثون عن نسبة توقف العلاج التي تبلغ أضعاف نسبة إكماله ، إذا فالحب وحده لا يكفي فإما هو يمهّد للخطوة التالية ليس إلا ، لأنه يمكن أن يساء استعماله أو تأويله ، إذا لا بد من خطوة تالية للضبط والربط ، وتأتي الخطوة عادة عن طريق التعاون مع كل المعنيين وأولهم الأهل ..

موقف الأهل :

وكانت أكبر عقبة تقف في طريق إزاء هذه الخطوة هي موقف الأهل الذي يمثل لي عجزا أساسيا عن السيطرة على البيئة المحيطة ، والأهل منطبقون

في موقفهم فهم يهدفون إلى راحة أولادهم وذويهم بالعلاج، على شرط أن يصنعهم العلاج على الشكل الذي حدده لهم، لا بد أن يكون الطفل (أعني الشاب أو الرجل) مطيعا هادئا بارا لحساب الأهل أولا وبمنطقهم ومثلهم على وجه التحديد، وأنا أوافق أنه لا بد للمريض أن يكون إنسانا فاضلا إيجابيا مسئولاً ملتزما، ولكن الذي اختلف معهم فيه أن يكون كذلك لحساب غيره وليس لحساب نفسه أو غده، الذي أرفضه أن يكون الأدب خوفا والذي أدعو إليه أن تكون الفضيلة اختيارا، الذي لا أوافق عليه أن تكون الطاعة عمياء، والذي أعنيه أن تكون الطاعة فهما وترجيحا وحرية واختياراً. أو لا تكون ..

وهذه كلها اختلافات جوهرية وضخمة، فأنا أحتاج الأهل ليساعدوني في البناء حتى لا يسمحوا بعطفهم أو ترددهم للمريض بالتراجع، والانهيار وهم ينقسمون إلى فريقين: فريق يشترط أن يكون التحسن لحسابه ولمنفعته وقد بينت اختلافي معهم إزاء ذلك، وفريق آخر يتراخى ويضع كل المسؤولية على الطبيب يرى بذلك نفسه، ويعلل كل الاضطرابات والأعراض بالمرض، وكأن ذلك مبرر لفشلهم وفشله في نفس الوقت.

وكان عليّ دائماً أن أكسب جانبهم بطريقة ما، ولو برشوة تحصيلية، كأن تكون المكافأة على تعاونهم أن أوجي لهم أن هذا هو الطريق إلى النجاح في الدراسة مثلاً.. وهم في ذلك يضحون بالغالي والرخيص وأول ما يضحون به هو رأيهم الخاص إذا ما لوحت لهم بالنجاح!

ولكي أحدد المشكلة أضرب مثل فئة المرضى التي كانت تثير اهتمامي دائماً، وتمخبرني في نفس الوقت، وهي تلك الفئة من الطلبة على عتبة الثانوية العامة أو على أبواب التخرج، الذين يصابون بالتوقف الدراسي المفاجيء، وقد كنت في أول

الأمر أتمس لهم العذر وأحاول معهم بالطرق السلمية، وأهلهم يشجعون على ذلك، وكانت أغلب هذه الحالات من الحالات غير المحددة التشخيص التي تحدثت عنها سابقا : الحالات الـ « بين - بين » ، وكانت المشكلة تبدو في ظاهرها بسيطة إلا أن تكرار الرسوب وعدم دخول الامتحان تحت سمع وبصر العلاج جعلاني أعيد النظر في كل شيء ، فبعد أن كنت أعتبر هذه المضاعفات من مظاهر الاضطراب نتيجة للقلق العادي لأي مقبل على امتحان مهم يحدد مستقبل الطالب بدأت أرى هذا القلق مهددا لكيان الشاب وليس لمجرد تحقيق نجاحه ، حيث يكون الشاب في هذا الصدد بلا معالم إلا الكتاب ، فأهله ربوه على أن قيمته تتحدد بمدى استيعابه للكتاب ، وهو قد حقق قيمته فعلا بهذا الكتاب ، فإذا تعرض كيانه للتهديد في صورة الكتاب ، أو ظهر احتمال عدم التوفيق ، فإن الأمر ينتقل إلى مرحلة أخطر من اضطرابات الكيان .

وكنيت في أول الأمر أتصور الأمر في صورة معادلة :

أنا أستاذ كر ... أنا خائف ... أنا لا أستطيع الاستذكار

ولكني رأيته بعد ذلك في هذه الصورة :

أنا كتاب ... الكتاب مهدد بالضياح ... أنا مهدد بالضياح

وهنا يصبح الحب أساسيا ليس لمجرد إزالة الخوف من الموقف ولكنه يتعلق بالكيان ذاته ويصبح بعد ذلك التوجيه والعمل مكملًا ضروريا للخطوة الأولى ، لأن الانتظار في هذه الأحوال ضيع معي في سني ممارستي الأولى عددا هائلا من هؤلاء الشبان المميزين ، حيث كانوا ينزفون قواهم النفسية تحت سمى وبصرى ، وأخيرا فقد أصبحت ألتخذ موقفا واضحا بالنسبة لهذه الفئة وغيرها ممن هم في مفترق الطرق .

العمل :

كنت أشرت أنه على الإنسان أن «يعمل» حتى يمكن لمعالجه أن يستمر ، ولا توجد أجازة علاجية في مثل هذه الحالات ، وليس مهما نوع العمل ولكن المهم مبدأ العمل ، فالطالب مثلاً إما أن يعمل طالباً أو صبي مكوجي ، ونستكمل العلاج في الحالتين ، وأكرر أني كنت لا أضع هذا الشرط إلا بعد أن تصل علاقتي العاطفية بالمريض درجة تسمح لي بالحديث فيه .

ولم يحدث في خبرتي المحدودة أن قبل مريض من هذه الفئة - في أول مراحل المرض - هذا الشرط إلا وتغلب على صعوبته وانطلق في دراسته ، ربما هرباً من البديل .

ولم يحدث أن عارض الأهل هذا الاقتراح علناً أو سراً إلا وبقينا نحرك أرجلنا « محلك سر » ، نبحث عن العقد النفسية والأسباب الخفية وراء « المسألة الاستذكارية » .

وأهم خطوة في هذا السبيل هو أن يتيقن الطالب ، من خلال الحب ، أن الاستذكار والكتاب هما وسيلة لا غاية ، وأن هذا الطريق هو الطريق الوحيد الذي سيكسبه القوة ، ومن ثم القدرة على الاستقلال ، وأنه رغم أني أنصحه وأصر على أن يستذكر ، إلا أن هدفي يختلف تماماً عن هدف الأهل أصلاً ، وكان تحويل مفهوم الشاب من معنى إلى معنى آخر يحتاج إلى استغلال علاقتي به والارتباط الشرطي لاستجابتي له أو لسليبيتي إزاءه ، فبمجرد أن يبدأ الاستذكار أقرب إليه أكثر لمدة أيام وأسابيع وشهور دون الإشارة من بعيد أو قريب للاستذكار ، أما إذا توقف فإن الجلسة كلها تتحول إلى نقاش عن المذاكرة

وكان وسيلة اقترابي منه هي أن يزبح جانباً هذا الموضوع السخيف الذي يحول بيني وبينه ، وكان الاستذكار هو بداية العلاج وليس نهايته ، وهو حريص على أن يجد نفسه معي كما أجد نفسي معه ، لذلك لم يكن الثمن غالياً أو معوقاً .. وهذا المفهوم هو خليط بين فكرة العلاج النفسي الشخصي والعلاج السلوكي (والاقتراب بينهما يزداد كل يوم)

القسوة :

كانت - وما زالت - أصعب الأمور على نفسي أن أقسو على صديق مريض ، جاء يطلب مني النصيح ويضع ثقته فيّ ، وفي أول حياتي كنت ليناً مريحاً بصفة عامة لأنني لم أكن أستطيع أن أقسو ، كنت أخاف من ذلك ، فهذا أسلوب خطير في العلاج وفي غير العلاج ، ولكن حين ضاع أعزاء عليّ بالانتظار حتى الندهور رأيت أنه من الأمانة ألا أقسو ، فإذا كانت القسوة تؤلني أساساً مما يجعلني أتجنبها ، فإن معنى ذلك أنني أفضل راحتي بالسلبية ، عن ممارسة إنسانيتي القسوة .

والحقيقة أنه لكي يسمح الإنسان لنفسه بالقسوة لا بد أن يكون قادراً على الحب بدرجة أكبر بكثير من درجة القسوة التي يمارسها ، وهذه القدرة على الحب تتناسب تناسباً طردياً مع درجة الحرية الشخصية التي يتمتع بها ، وكذا درجة العدل وعدم الذاتية في ممارسته لمهنته وحياته ، وهذه كلها متطلبات من أصعب ما مرّ عليّ لأن الناس جميعاً يتصورون أنفسهم أحراراً عادلين ، ولكن الذين مروا بخبرة الحرية الحقيقية يستطيعون أن يقيموا كل ادعاءاتهم السابقة على أنها شعارات هروية ليس إلا ، إذاً فلا يمكن أن يمارس معالج القسوة ، ويسمح لنفسه أن يقول أن هذه القسوة لحساب المريض ، إلا لو كان هو سلباً حراً قوياً ، وهذه درجة - للأسف - لا يصل إليها الإنسان ببساطة بل هي تحتاج إلى

معاناة وصبر ويقظة وولادة ونمو وحب لا حدود لها ، ومن أين يأتي الإنسان بهذا كله وهو بشر له ضعفه ومشاكله وخوفه وخباياه ، إذاً فلا بد للطبيب النفسي أن ينتصر معركته إذا كان سيسمح لنفسه أن يساعد الناس لدرجة القسوة ، وأهل هذا هو السر الذي تشترطه أحيانا بعض مدارس التحليل: أن يقوم المحلل بالتصالح مع نفسه أولاً ، ولكن في اعتقادي أن التصالح وحده لا يكفي ، بل إن الدرجة التي ينبغي أن تتوافر في الطبيب النفسي الإيجابي درجة أكبر من التصالح ، إذ لا بد أن يكون كياناً إنسانياً ، وأن يتمتع بالطفولة القوية والشباب الدائم ، يرى النقد أرحب ويصمم على المساهمة إيجابياً في المسيرة ، وبالتالي يسمح لقسوته أن تنطلق دون أن يخشى شيئاً .

ولا يمكن للقسوة أن تكون ذات قيمة إلا إذا كانت الخيوط في يد الطبيب ، وكل الامكانيات تحت تصرفه ، إذ لا بد من تعاون مطلق من الأهل وحرية حركة في استعمال العقاقير والكهرباء مثلاً ، كل ذلك حتى يفقد المريض قائدته ووظيفته ، فيتكسر تحت ضغط القسوة الحانية ، فينطلق المريض إلى الصحة والارتقاء ..

وقد شبهت مرة الموقف أنه إذا كانت الذات الحقيقية مخبئة وراء قشرة صلبة من المرض واللامبالاة ، فانه إذا هوى عليها الطبيب ليسكرها تحتم أن يضعها على أرضية صلبة (وهي البيئة المتعاونة) ، أما إذا كانت الأرضية رخوة فإن الضرب على القشرة سوف يغوص بها بعيداً عنه ، ولن يشعر المريض بفشل مرضه أبداً ، بل سوف يشعر بمزيد من الألم يبعث مزيداً من الهرب .. أي من المرض .

مرت على كل هذه الأفكار ولم أنطلق في استعمال القسوة إلا متردداً

هيايا حتى قرأت عن وجهة نظر « أدلريه » عظيمة في علاج مرض القصام ، إذ قام « روزن » بعمل فريق علاجي (يتكون من مرضى سابقين أشداء) يحرم المريض من وحدته ومن مرضه ومن أى ميزة يمكن أن يتمتع بها في المستشفى نتيجة لمرضه ، وكأنه يفرض عليه اختياراً آخر هو أن ينطلق إلى الصحة خوفاً من عواقب المرض ، والفرق بين هذه الطريقة والطرق التأديبية التي كانت تتبع في القرون الوسطى هو إضافة الحب والفهم والكيمياء والكهرباء ، أو هو الفرق بين قسوة الوالد ليصبح ابنه في الاستذكار أول الفصل ، وقسوة الطبيب ليصبح الطالب بالاستذكار نذراً لوالده ، وربما يبدو ذلك فرقاً طفيفاً ، ولكن الذى يمارس التجربة سيعرف أن هذا الفرق الطفيف هو كل شيء في العلاج .

اختيار الرض ،

الاختيار هو ترجيح شعورى لرأى دون آخر أو لطريق دون آخر ، هذا هو الشائع عن الاختيار وهو نفس الاشاعة التي تشوه الحرية التي هي نوع من الاختيار ، ولكن بما أن في النفس « لا شعورا » ، أو قوى أخرى « غير الشعور » تختار طريقاً ما ، فلماذا لا نستبر ذلك اختياراً أيضاً ، إنه بلا شك اختيار ، فإذا درسنا القوى التي جعلت هذا الاختيار غير الشعورى هو اختيار للمرض بدلاً من اختيار الصحة فأننا نستطيع أن نهاجم هذه القوى بطريقة علمية منظمة ، حتى يصبح اختيار المرض - بغض النظر عن كونه شعورياً أو لا شعورياً - اختياراً فاشلاً ، وبمجرد أن يفشل الحل المرضي فشلاً تاماً فإن علينا واجباً آخر أن نعطي بديلاً أحسن ، ليس أحسن فقط من الحل المرضي ، ولكن أحسن أيضاً من الحل قبل المرض ، أى أننا إذا كنا بسبيل الوقوف بقسوة بجوار المريض فإنه ينبغي أن نفهم لماذا فشل الحل

الآخر حتى لجأ الشعور أو اللا شعور إلى اختيار المرض ، ولا نحاول بعد ذلك أن نكرر المحاولة بمجرد استعادة القديم، بل نهيم الظروف إلى بديل أرق وأفضل ..

وفي حيرتي كنت أحذر المريض وهو في طريق الشفاء أن يحسن لنفسه ما سبق رفضه بالمرض ، بل إنني كنت ألاحظ أن الأعراض تظهر بمجرد أن يحدثني عن رغبته في العودة إلى ما كان ، وكان الحوار صريحا وواخا فأنا أشجع الرفض لأنني أوافق على مبدأ الرفض ، ولكن ليس على طريقة الرفض بالمرض ، وفي تجربة « روزن » التي أشرت إليها كانوا يلجأون إلى إفشال الحل المرضي بأن يتصرفوا مع المريض تصرفات أشد مما يأتيه حتى تصبح تصرفاته المرضية لا معنى لها ولا فائدة منها ، أو على حد تعبيرهم كانوا يتصرفون « بمنحون » أجن من جنونه « Behave more psychotically than his psychosis » وبهذا يفقد الجنون معناه ووظيفته ..

وأنا في خبرتي لم أمارس ذلك على وجه الدقة ، لأن هذا يتطلب مستشفى وفريقا قويا محبا متعاوننا يحيط بالمريض من كل جانب، وخلال أربع وعشرين ساعة في اليوم ، إلا أنني وجدت نفسي وأنا أمارس درجة أقل من القسوة أساعد المريض في اختيار الصحة ، أو على الأقل في اختيار الحياة العادية، فمثلا في مرة من المرات كان عندي طالب أحببته لذاته ولمواهبه المتعددة، وكان ذكاؤه من النوع النادر وآماله في الدراسة أكثر مما يحتمل كيانه ، حتى أنني في مناقشتي معه أظهرت له أنه مثلا يريد الحصول على ٢٠٠ / فإذا ما حصل على ٩٨ / فإنه يصاب بخيبة أمل عظيمة لأنه خسر ١٠٢ / وكأنه خسر أكثر مما كسب، وتكرر هذا الحرص البرجوازي الأصيل في كل مجال، حتى تحطم الشاب، ورفض الاستذكار، ووجدتني أقسو على الحل المرضي رويدا رويدا، وحتى على الحل العادي فأحطم

فائدة الاستذكار بهذه الطريقة، بل وفائدة الحياة بهذه الطريقة التنافسية التي لا يمكن أن تحمل إشكالا ما، وصارت محاورات ومناقشات وحب وصراع حتى انطلق فجأة يعدو هربا منى إلى حظيرة الاستذكار، وكنت فى ذلك محقلا لآنى بعد أن أفضل العملية المرضية أتركه بين أمرين : إما أن يرتقى بالرفض الصحى، وإما أن يعود « كما كنت»، وفى الحالتين هو الكاسب بالشفاء، أو بالعودة، وكلاهما أفضل على كل حال من المرض .

كل ذلك يتم - ولن أمل التكرار - تحت مظلة من الكيمياء والكهرباء وعلى أرضية من بيئة صليدة متعاونة .

وبعد

فقد أردت فى هذه العجالة وأنا أتحدث عن العلاج أن أوضح كيف أن العلاج هو جزء من الحياة منظم بقيم علمية محددة، وتجارب إنسانية مسجلة، ولكنه فى النهاية مثله مثل الحياة علاقة بين إنسان وإنسان بكل معنى الكلمة، وليس بين مريض وطبيب، أو بين واحد ممدد على أريكة وآخر سارح خلف نظارته، وأردت أن أوضح أنه بعد حيرتى وتزددى إزاء طرق العلاج المختلفة أصبح مفهوم العلاج عندى واسعا تطوريا إيجابيا فلا أقتصر على علاج الاضطراب النفسى وإنما أعنى أساسا بعلاج التدهور الإنسانى، وقد أردت أن أظهر للقارىء كيف يمكن أن تعمل كل وسائل العلاج فى تكامل بناء، وأن أوضح الخبرة التى تهاذفتنى من وسيلة إلى وسيلة، ثم الصخرة الإيجابية التى التزمت بها مؤخرا .

وإنى إذا اعتذر عن بعض التفاصيل أعتذر أيضا عن بعض الاجمال

— ١٦٢ —

ولكن مكذا كان الحال :

تعلمت من الكتاب فلم أفهم

درست على أماتذنى فلم أقتع

ثم مارست البحث والحساب .. فلم أهدأ

ثم تعلمت من المرضى ومن فشلى

وانتصر الطبيب على الشاب المتحمس فترة من الزمان

ثم انتصر الانسان أخيرا .. واستعمل الطبيب لصالحه وتغير الحال .

* * *

الفصل السادس

ولادة فكرة

«يخيل لي أنه قبض لي أن
أكتشف أكثر الأمور
بداهة»

سيجوند فرويد

في قراءتي في الطب النفسي وما يتعلق به. كنت - وما زلت - أعاني من ظاهرة غريبة تماثل ظاهرة الألفة أو « الرؤية السابقة » Deja Vu ، وهي تعني أن الأشخاص أو الأشياء التي نراها لأول مرة نشعر وكأننا رأيناها قبل ذلك، وقد لاحظت ذلك على نفسي منذ البداية ، ولعل السبب الأول فيه هو أنني كنت في أول تدريبي في مهنة الطب النفسي كطبيب مقيم أجلس مع المرضى أكثر مما أقرأ في الكتب ، وربما لأن المهج حينذاك كان يلزمني بالحصول على دبلوم الأمراض الباطنية أولاً قبل دبلوم التخصص في الأمراض النفسية والعصبية ، وحين بدأت التحضير لهذا الدبلوم الأخير كان علي أن أقرأ الكتب الكاملة بشكل تحصيلي منظم ، والقراءة للتحضير للامتحان غير القراءة للعلم أو للممارسة طبياً ، وحين أخذت أقرأ كتاباً جامعاً مثل كتاب Mayer Gross أحسست وكأنني قرأته قبل ذلك ، ولم يؤكد لي العكس إلا أن صفحاته كانت خالية من التخطيط والتعليقات التي أشوه بها - أو أزين بها - ما أقرأ ، وأحسست حينذاك أن معاشتي للأصدقاء المرضى كانت معاشة كاملة حتى إذا ما قرأت عنهم فيما بعد أعراضهم وتصنيف أمراضهم لم أجد فيها غرابة مهما اختلفت المدارس .

وكان موقفي تجاه المدارس المتعارضة موقف المتقبل للتناقضات ، لا قهراً بل فهماً ، وكنت أتعجب من ظاهر التناقضات التي تنفق في العمق إذا ما انتصرنا على نظرة التعصب لكل مدرسة ، فكنت أقبل من كل ما يوافق إحساسي وفهمي ، وهذا هو الموقف الذي يسمى الموقف الاصطناعي Eclectic ، وهو أن يصطنع المرء من كل طريقة جانباً ثم يؤلف بينها ما يتفق مع هدفه وتطبيقاته ، وهو موقف فيه من الحرية بقدر ما فيه من التساهل والمهرب ، بلجأ إليه من يعلم الكثير ويمارس الصديق مع نفسه فلا يقبل إلا ما يوافق غرضه - وهو هنا خدمة

المريض — ويكون حين ذلك « اختلاف المدارس رحمة » ، كما يلجأ إليه الذي لا يعلم شيئاً .. إذ هو يفعل ما بداله تحت ستار اختلاف المدارس مطمئناً إلى أن التبرير على ما يفعل ممكن، وبذلك لا يتقيد باتجاه معين ولن يعدم أن يجد تفسيراً للشئ، وضده . وهنا يكون اختلاف المدارس خطراً وثقمة .. لأنه باب للهروب وليس دعوة للصدق .

لذلك فقد كنت ألتجأ لهذا الموقف الاصطناعي ولكنى أسعى إلى تخطيه في نفس الوقت ، وكلما حاولت الارتباط بمدرسة من المدارس لم أنجح ، إذ أن عطشى للعلم كان عظيماً ، وفتحتى للحرية كان ملحاً ، ولم تنجح أى مدرسة في أن تروى عطشى أو تطلق حريتى أو تتفق مع نظام عقلى ، وكانت حجتى دائماً أنى طبيب ومهتتى الأولى أن أخدم المرضى ، والمريض لا يهتم إن كنت فرويدياً أو يونجياً أو سلوكياً محدثاً أو بافلوفياً ولكن يهتم أنه إنسان يعانى ، ووظيفة الطبيب النفسى أن يساعده فى أن ينتصر على ضعفه ومعاناته ليستقيم بعد ذلك على الطريق ، فإذا ما فعل فإنه ينطلق إلى السلامة والتطور دون أن يلتفت إلى ما فى عقل الطبيب من معلومات أو معتقدات أو مدارس .

صراع لاهوادة فيه :

والصراع بين مدارس علم النفس صراع لاهوادة فيه ، وهناك محاولات حديثة للتوفيق لصالح الإنسان ، ولكن التعصب ما زال على أشده والمعارك مستعرة فى كل مكان ، وهى تصل إلى من ينكر وجود اللاشعور أصلاً ، كما تصل فى الناحية الأخرى إلى من ينكر الأساس البيولوجى للأمراض النفسية تماماً ، وكان موقفى إزاء هذا وذاك أن أقبل إيجابيات كل منها ولا أجد فى ذلك تعارضاً أبداً ، ولا يجد المريض معى تذبذباً أيضاً ، وكنت دائماً أشعر أن هذا هو

الطريق الذى سيوصلنى إلى شيء ما . . . يوما ما ، لأنك إذا رفضت الفكرة ابتداء قلّت معرفتك بالأصول المشتركة ، أما إذا قبلت كل وصف صادق ومشاهدة علمية ، ثم بحثت لها عن مكان ملائم فى إطار كامل فأنت تهيب للحمل السليم . . . الذى قد ينتهى بولادة مخلوق جديد .

وحين حضرت « هنرى إى » وتبعت فكرته عن التزاوج الديناميكي - وليس الميكانيكي - بين الجهاز العصبي وتطور الإنسان - كفرد والنوع - أحسست أنى قريب مما أريد ، ولكنه ليس كل ما أريد .

وحين توصلت إلى تصنيف الصحة النفسية تصنيفا تطوريا (راجع الملحق) حاولت أن أربطه بتقسيم جديد للأمراض النفسية لم يشف غليلي ، وأحسست أن الفكرة تنير جانبا من الطريق وليس كل الطريق ، وقد كتبت أول نسخة من المقال عن الصحة النفسية فى فرنسا وحين عرضته على صديق يبير فى شكوكه الأول قال « ماذا تريد أن تقول ؟ » قلت « ما قرأت » قال « لا .. يخيل إلى أنك تريد أن تقول شيئا أكبر .. » وعليك أن تهيب حياتك لهذا الشيء حتى تقوله بشكل كامل » وحين تساءلت عن هذا الشيء ، قال : « ستعرفه يوما ما » .

وظننت أنه يستعمل طريقة أوردية مذبذبة ليقول أن هذا المقال ناقص ، أو غير واضح ، وأخذت الأمر على هذا الاعتبار ، ولكن كلماته ظلت ترن فى أذنى « شيئا لا بد أن أهب حياتى له » .

وعشت أحمال المتناقضات فى عقلى ، وأقبل منها بعض التلقيات التى تعيننى على المسيرة مع المرضى ، ولكنى قلق لا أهدأ ، أبحث عن الشيء بخير وعى ، ولا أرضى

عن فرعى ولا عن وظيفتى كطبيب يمارس عمله « كالمطياني » تعينه الكيمياء وأحيانا الكهرباء ، ولكنه مغمض العينين فى كل حال ، فاذا فتحهما سلك سبيل التحليل والتبرير والتفسير ، وحين قرأت آخر تطورات التفسير الدينامكى للتحليليين ووجدتهم ينتصرون على فرويد ويتخطونه ، أحسست أنى أقرب أكثر من الفكر التحليلى رغم أنى أرفض تماما بعدم عن الأسباب البيولوجية كعامل أساسى وهام فى المرض النفسى .

وعشت حيرتى أياما وشهورا وسنين ..

وفى يوم الاثنين الثانى عشر من أبريل الماضى (١٩٧١)، وكنت جالسا مع مريض صديق بعيادتى الخاصة، أستمع إليه ولا أستمع إليه ، وجدت أن الأمور المتناقضة جميعا قد ارتبطت ببعضها البعض فجأة ، وأن كل الأضداد (أو معظمها) استدارت من موقف المواجهة إلى موقف التماسك والتآلف ، وارتبط الانسان الفرد بالإنسان النوع ، واستقر الأنا الهارب والأنا الناكس والأنا المتقسم (التعاير من الفكر التحليلى الجديد) فى قاع خلايا المخ ، وصعد فرويد إلى أعلى طبقات النفس وأكثرها سطحية ، وكأن كل شئ أشرق فجأة .. وقاهمت الكيمياء مع الكهرباء مع التحليل النفسى مع التطور .

وتعجبت من كل هذا .. فرحت به ، وخفت منه فى نفس الوقت .

واتصلت تليفونيا بزميل صديق ، فلم أجده ..

وانطلقت أشرح أفكارى للصديق المريض أمامى - بلغة قريبة منه ومن مشكلته - وكان للجديد وقع عنيف على .. وقال لى الصديق المريض

« ما أنا عارف » ، وعجبت ، وتذكرت حقيقة قديمة وهي أن الأصدقاء للرضى يعرفون النفس أدق وأصدق من كل النظريات ، وذهبت آخر النهار لزميلي الصديق ومعى زوجتى .. ولم أجده ، ولم أستطع الصمت ، وأخرجت ورقا من مكتبه وانطلقت طوال ساعات ثلاث أشرح لزوجتى الفكرة وأرسمها على الورق وأربط الأشياء ببعضها البعض .. ولا أعرف إن كانت قد أدركت التفاصيل أم لا .. ولكنها كانت تتابع أفكارى الأغلب بقدر من الحب يشجئنى أن أقول مالا يعينها دون تخرج ..

وحين حضر زميلى وزوجه تواعدا أن أشرح له الفكرة فيما بعد .

وخلال أيام كنت أعيد القصة عليها مع زوجتى من أولها لآخرها .. وسألتهما هل هناك جديد ؟ ، فقالوا : يبدو ذلك ..

وفى ليلة تالية حملت أنى أكتب خطابا لصديقى يسير فى باريس الذى قال تعليقه عن الشيء الـ « ما » الذى ينبغى أن أهب حياتى له ، واستيقظت فى جوف الليل وأخذت أكتب له وأكتب حتى أكلت أكثر من عشر صفحات ، وأرسلتها فوراً دون أن أحفظ بنسخة ، ولم يرد (ولا أدري حتى الآن إن كان خطابى قد وصل ، وخجل أن يسفه آرائى فى الرد ، أم أن رجال البريد أحسوا بثقل وزنه فتخففوا من جهد توصيله) .

واستمرت بعد ذلك أمارس المهنة ، ولكنى وجدت أن الأسماء القديمة تنوق فهمى أكثر وأكثر ، وأن الفكرة الجديدة تلح على أن أبحث عن أسماء جديدة ، وفعلت ..

ووجدت أن هذه الفكرة أكثر تقبلا وفهما من التعقيدات الشديدة والألغاز التي كنا نحاول أن نفهم بها الإنسان المريض .

ووجدت أنه حتى العلاج أخذ طابعا آخر ومراحل أخرى ، أصبح أوضح وأبسط وأسرع وأكثر ترابطا .

وطبعا شككت في كل ذلك ، ولم يشك فيه مرضاى ولا زملائي (الصغار منهم طبعا) وقلت أبدا ، : هذه صحوة من صحوات الخيرة أردت بها أن أهديء من حيرتى فترة ما ، وأن هذه الفكرة موجودة من قديم وقد انجلى فجأة . . هذه هى كل الحكاية . . لا بد أنى قرأتها يوما .. أو أنى سأقروها يوما . .

وذهبت أبحث عنها فى كل ما تصل إليه عيني مما قرأت ، وذهبت أناقشها مع كل من أثق فى سعة إطلاعهم ، ووجدت جزئياتها موجودة فعلا ، ولكنها ليست موجودة إطلاقا ككل متكامل .. ، قال بها « فرويد » عند ما تحدث عن غريزة الموت والحياة ، وقال بها يونج وهو يغوص فى اللاشعور الجمعى ، وفى حديثه عن تاريخ الإنسان النوع وضرورة تحقيق ذاته ، وقال بها « إريك اريكسون » وهو يضع الإنسان فى تطوره الاجتماعى وكأنه عدة أناس بعضهم فوق بعض ، وقال بها ساندور رادو ، وإريك فروم ، وكارن هورنى وفيربدن وجنترى وهنرى إى وزرادشت ونيتشه وبرجسون وبرناردشو وكل الناس .

ولم يقلها أحد .

وكنت حين أقرأ بالانجليزية والفرنسية ولا أجد هذه الفكرة ، أقول لنفسي لا بد أنها كتبت بالألماني . فهناك الأصالة والتطور وأنا لا أعرف الألمانية ، إذ أفلا جديد . ولكنه بالرغم منى ، بدا لى كل شىء جديدا .

وبعد شهور طويلة حين استقرت الأشياء وأخذت الأسماء الجديدة مواضعها القرابية ، كتبت إلى زميلي وصديقي الدكتور محمد شعلان خطابا ميثاقا للغاية

حاولت أن أقدم له الفكرة ببعض التفاصيل ، وبعد أن شرحت فيه وجهة نظري في أن انتشار فرويد لم يكن لأصاليته ، وإنما لحاجة الناس إلى تبرير توقعهم التطوري - أو تدهورهم - خلال القرن التاسع عشر ، قلت له :

« يا محمد : إما أن نساهم إرادياً في التطور أو نموت ، والمسألة تحتاج إلى حوار متصل ، ولكنها لا تحتاج - في نظري - إلى تحليل منظم ، المسألة تحتاج إلى حب جارف ، وصدق ، وثقة قسني ، وتصوف ، وإيمان بالأصل ، وبالاستمرار ، وبقين بالعد ، وبكل ما هو أصيل . . . وأين هذا كله ؟

هو موجود عبر التاريخ ، وهو الذي يجعلنا نفخر بأن ننتمي إلى هذا الجنس من المخلوقات . . . ليس هناك جديد بمعنى الجديد ، وإنما الجديد هو في إعادة تنظيم القديم ، أنا لا أشك أن هناك حوالى ألف أو قل مائة - في مجال الطب النفسى فقط - يفكرون فيما أفكر فيه الآن ، أنا لا أشك أنى إن لم أكتب ما يدور في وجدانى - الشيء الذى يلح علىّ فيه البعض الآن - لا أشك أن غيرى سيكتبه ، وربما أفضل ، وحين أرسلت إليك مقالتي عن الصحة النفسية قدمت لها أقترح أن تعتبرها نوعاً من الضلال المنظم Systematised delusion ، فإذا كان الضلال ما هو إلا دفاع ضد الجنون المطبق ، فقد أطبق ، إلا إذا أردت أن تعتبر أن هذا الجنون في خدمة الذات والتطور . . . إذاً فهو الخلق ..

هل آن الأوان أن أحدثك عن هذا الذى كان ؟. فليكن ..

الآن : ما هو موقفنا من المرض النفسى وتقسيماته وعلاجه ؟

راجع التقسيم الدولي والأمريكاني وغيرها ونعجب للرحلة الوضيعة التي
تجملنا عندها ...

ثم راجع محاولة فهم المخ بالتفاعلات الكيميائية وقط ، ومتجدد قلصات
العلماء في العامل تشبه تشنجات القتران ، إذ يحاولون تعميم ما على القار على
الإنسان ...

ثم راجع الموقف الأبله في تفسير الصدمات الكهربائية .. ذات المفعول
الأكيد .

ثم راجع النظريات السيكيوباتولوجية وعدم ارتباطها ببعضها البعض من ناحية
وبالوضع العضوى للمخ من ناحية أخرى .

ثم راجع أقصى اليمين من المدعين - مثلا - أن الأمراض النفسية ما هي
إلا نوع من الصرع ... وهم لا يفهمون الصرع ذاته .

ثم راجع الصراع الصورى بين التحليليين والسلوكيين .

ثم راجع علاقة الأمراض ببعضها البعض : الصرع بالشيذوفرينيا والآخر
يحنون والهوس والاكتئاب .

ثم راجع التاريخ .. أعنى تاريخ الحياة وتناسبها : لأم مع المرحلة النفسية
والمرحلة الشرجية ... ولكن مع الموقف البارنوى والموقف الاكتئابى ... « الخ »

ومضيت فى خطابى ألخ فى حاجتنا إلى جديد يربط كل ذلك ببعضه البعض
وأن القارماكولوجيا (علم العقاقير الطبية) النفسية من ناحية ، وتداخل الأمراض
الذهانية فى بعضها البعض من ناحية أخرى يمكن أن يعنى القهم ويحل الإشكال ...

ثم عرضت فكرتي عن أن مخ الإنسان ليس مخا واحدا بل عدة أمخاخ ،
وأني أعني بالمخ تركيبا متكاملا وليس منطقة بذاتها ، وأن كل تركيب متكامل
له نقطة انبعاث تنظم عمله ، وأنه في الأحوال العادية لا يعمل إلا مخ واحد
وتكون بقية الأمخاخ كامنة وأن هذا المخ الواحد هو الذي يسيطر على كل
أجزاء الجهاز العصبي ، وفي الأحوال المرضية (أمراض الكينونة) يعمل أكثر
من مخ ، وأحيانا يعمل المخ القديم متفوقا ، وينتصر على المخ الحديث والصراع
بينهما ، وأن العقاقير تعمل بشكل تطوري مرتب على بعض الأمخاخ دون
الأخرى ، وبذلك يمكن تهدئة المخ القديم اختياريا دون المساس بدرجة كبيرة
بالمخ الحديث ، وأن الصدمة الكهربائية إنما تسمح النشاط الكهربائي لكل
الأمخاخ ثم تعطى الفرصة للمخ الأقوى أن يلتقط عصا المايسترو ليوجه الفرقة
كلها ، وأن هذا يفسر اختلاف الاستجابة للعلاج الكهربائي دون حساب
كيميائي وتهيئة نفسية مناسبة ، وأن العلاج النفسي وهو الحب الإنساني يجذب
طاقة المريض إلى الخارج إلى الناس وينعز المخ الحديث بأن يلتقط عصا المايسترو
ولا يخاف من الوحدة أو القهر ، وأنه بذلك يتوافق العلاج الكيميائي مع
العلاج النفسي مع العلاج الكهربائي ، وقسمت له الأمخاخ وسميتها ، وكان بديها
وأنا أعرض كل هذه الأفكار في خطاب من بضعة صفحات أن أزيد الأمر
تقييدا وليس توضيحا كما قد يجد القارئ نفسه في متاهة وهو يتابع الفقرة السابقة
مما يحتاج إلى اعتذار جديد - وكان بديها ألا أتوقع ردا إيجابيا... وهذا
ما حدث - ولكنني على كل حال ختمت الخطاب قائلا :

« والآن : هل نعلن الثورة ؟ هل نرفض الأسماء ؟ هل آآن لنا أن نصمم
على التطور بإرادتنا وعلى رفض المقدسات الخادعة ، هل نأخذ من كل مخ »

أصالته وجوهره ونحاول أن نوافق بينها لنحول الناس المنشقين على أنفسهم إلى إنسان واحد متوافق مع تاريخه المجيد في الصراع للبقاء والتطور .

هل تحضر ؟ هل تكتب ؟ هل تنضم ؟

هل نستطيع الصمود حتى نموت لا تسرقنا أيماننا ولا أطماعنا قبل أن يفتت عقولنا الكولستروال المترسب داخل شراييننا ؟

هل نستمر ؟

هل نياس مثل الأنواع المنقرضة من الأحياء ؟

هل أنت معي ؟

ولك مني الحب والسلام ..

وكما قلت ، لم يكن الرد إيجابيا حيث أرسل لي خطابا قال فيه :

« هل تغضب من حرارة الشمس إذا حرقت جلديك ... أو من بلاهة الحمار إذا لم يفهم قولك ؟ فلا غضب مني إذا كانت استجابتي لكتابك الأخير قد تجمدت طيلة هذا الوقت . فقد كان كتابك (أو خطابك) محاولة لترجمة إحساس أثق في صدقه ... أما ترجمة الإحساس إلى لغة العقل والتصنيف والتنظيم فقد نزل على عيني غشاوة فلم أستطع أن أفهم ماذا تريد أن تقول .. ربما لمجرد أنني في حالة ثورة على العقل والمنطق ... »

ثم قال « ... ولاأني أعتقد أن مثل هذه المحاولات ضرورية من أجل نقل الخبرة من مجال الإحساس المبهم الغامض إلى مجال المفاهيم الموضوعية ، ولتمكين

نقل العلم من جيل إلى جيل ومن مكان إلى مكان ، ومحاولتك هي إحدى هذه المحاولات ، ولكن مثلها مثل غيرها من المحاولات تجد نفسك تقول ما قاله الغير ولكن تصر على تغيير لفظ أو مفهوم ، بينما الأساس واحد وينشأ حوار ومناقشة وخلاف وبيزنطية .

ثم يقول « أريد أن أصل إلى أنى شبت نظريات وتنظيرا وتنظيما وتصنيفا ، وإذا كان لي أن أعلم فإنى أريد أن أعلم بالخبرة » « إن مجال العلم مليء بالمقالات ، إنها أصبحت تمثل أزمة مثل أزمة المواصلات وأزمة تلوث الهواء وأزمة التخلص من الفضلات ، والمقالات العلمية أصبحت قيمتها مقاربة لقيمة الورق والحبر الذى يتفق عليها .. أنت تتفق معى فى هذا ، وسوف تقول أن ما حاولت أن تعبر عنه ليس مقالة أخرى وليس نظرية ، ولكنه توضيح وتنسيق لما هو معلوم ، وربط أجزاء العلم المتفرقة وتوحيدها حتى فى اللفظ وتصر على استخدام كلمة « منح » وكما تستخدمها يثار لعابى لأنه كان فيما مضى سندوتشى المفضل عند « على كيفك » فى الإسكندرية « ولاباس » فى القاهرة .

ثم يقول « أعود وأقول معك لا بد من تنظير وتنسيق وتوفيق .. ولكن أليس العلم مليئا بالنظريات .. وكلها نظريات لا تقبل شيئا ولا تنجد الطبيب فى لقائه مع مريضه فلماذا نضيف واحدة أخرى ؟ »

« لقد كنت فيما مضى متحمسا لساندور رادو ثم وجدت نفسى أتحدث بلغة لا يفهمها إلا تلاميذ ساندور رادو وعددهم محدود — ولكنى فضلت أن أعود إلى لغة التحليل النفسى لأنها لغة منتشرة ويفهمها الكثيرون ممن أحترمهم وأستطيع التمام معهم »

ثم ينهى خطابه بعد اعتراضات أخرى كثيرة قائلا :

قبل أن أنام أقول : نعم لا بد أن أكتب وأن تكتب ولا بد أن نتحدث

بل تتعارك أحيانا ولا بد أن تتفاعل وجها لوجه ، ولا بد أن نجابه مشكلة حية
تحدث عنها قبل أن تترق في النظريات ، ولا بد أن تكون بوجدانك في
كتاباتك وألا تعتذر ... وأقول أنى معك ولست معك .. وليكن هذا
« علم وصول » لحديث لا بد أن يستمر « محمد »

وسكت.

أرسلت إلى بيير في باريس .. ولم يرد
وأرسلت إلى محمد في أمريكا .. ورد علىّ بهذا الدش البارد ، أو أقول
« القاتر » لما فيه من حب وصدق ..

وحاولت .. ولم أستطع .. واستمررت .. كل شئ جديد ومتغير رغم كل
شئ .. القديم موجود منذ الأزل وإلى الأبد ، والحقيقة باقية لا تتغير ، ولكن
ضوءاً بسيطاً مهما كان خافتاً لا بد أن يغير المنظر العام ..

وسكت طويلاً حتى جاء العيد فأرسلت له خطاباً حاراً كان فيه :

« عزيزى محمد : كل سنة وأنت طيب ، وأنت حر ، وأنت خالق ، وأنت
نفسك ، وأنت مستيقظ ، وأنت محبوب ، وأنت تحب ، وأنت تغنى وتنطلق ،
وأنت قوى ، وأنت مسئول ، وأنت شريف ، وأنت إنسان ، وأنت تتطور ،
وأنت حى ... »

وصلنى خطابك « ضد الأتخاخ » ورفضت أغلب ما جاء فيه وجمعت فيه

من التناقضات ما أغراني بالرد عليه ، ثم أغراني بالرد عليك ، ثم أغراني بالحديث عنك .

وفيه قلت :

« لقد رفضت اللغة ثم تمسكت بلغة الأغلب : المحالين

وهاجمت الأبحاث .. ثم استشهدت بنتائجها !

ورفضت التشخيص .. ثم تمسكت برموز النظريات السائدة !

ورفضت المنح .. خوفا من أن تسجن في خلاياه !

وحاولت أن تتحرر ، وخيل إليك أنك نجحت... ولكن الحرية صعبة صعبة ، فأنت تتردد وتحاول أن تميل تحت مظلة تحتسى بها ، والمظلة ليست قفصا مثل قفصك القديم ، ولكنها وقاية مما يأتي من السماء ، من المجهول .. ولكن إلى متى تظل رافعا فوق رأسك ؟ ثم كيف تستعمل يديك ؟ وكيف تنطلق ؟ لتنطلق !

نعم ...

لا بد من آخرين ، ولكن ليس دائما أصحاب لغة لفظية وإنما أصحاب مشاعر وقلوب (قلوب نحية أيضا) ، وفيما أعلم فلم ينجح إنسان وحده »

ثم قلت له :

« قيود الأرض غائرة في جوفها وهي تجذبك إليها ، وأنت تمنح ، وتخاف ، وقيود التحليل النفسي تأمن في رحابها .. ولكنها تتسلل إلى فكرك في براءة ظاهرية ، وتوهمك أنها مفاتيح تفتح الأقفال ، وأنت في سكرة الأمان ، وأنت تحمل كومة المفاتيح ، تنسى أن المفاتيح تفتح الأقفال أيضا ولا تفتحها فقط ، وأنت تعلم أني كنت حريصا على رجوعك ، وما زلت ، ولكن حرصى اليوم لسبب آخر غير زمان ، لأنى زمان كنت حريصا على قسم الأمراض النفسية

وعلى مصر ، وعلى صديق شريف ، أما الآن فأنا حريص ، على إنسان ، فلربما كان وجودك معنا خطوة على الطريق التطوري لنا جميعا .

وأنت تسأل : هل الجلسات الصباحية التي أشرت إليها من معلم لتلاميذ أم من ند لند ؟ وأنا أجد عندي الشجاعة الآن لأقول إن رؤيتي الصوفية الآن تجعل الصدق أساس التفاهم وليس كم المعلومات ، وتجعل الحرية الذاتية هي الوسيلة الأولى لتقييم الرأي وليست الحجج والبراهين ، ومن ثم فإنى لا أجد الصدق والحرية إلا فى الشباب (منها كانت أعمار شهادة الميلاد) وإنى بعد تجربتي الأخيرة لست مستعدا بحال أن أضيع عمرى فى مناقشات يزنطية تستعرض فيها المضلات ، أو يحمى بها المناقش نفسه من أصالته ، أو يحصل بها المناقش على شبق فكرى زائف ، وإنما أنا مستعد أن أبذل عمرى مع إنسان حر صادق تثيرنى اعتراضاته فأجد بها ذاتى وأثير بها فكرى ، ويشيره هجومى فيستيقظ ويرفض ، ويتعزى بلا خجل . . . والإنسان الذى حل مشكلته بين الكتب والأبحاث ، الذى يعشق حروف المطبعة أكثر من نبض الإنسان يصعب على أن أثير فيه تساؤلات الوجود والكون والخلق ، وربما كانت مثل هذه الفروق هي التي تميز الأنجليز عن الفرنسيين ، والعلم الهندسى عن الفلسفة الصوفية ، والأرقام عن الموسيقى . . . الخ ، والزميل العالم الحافظ المنظم ، أحترمه كما أحترم الأسمت المصنوع منه برج الجزيرة ، وأحبه كما أحب عمارة بلونت ، وأقدر كفاحه كما أقدر مهندس السد العالى . . . وقط - من أجل ذلك فأنا أحتاج من أستطيع أن أتكلم معه دون أن أنطق ، وقد وجدت منهم الكثير هنا بين الشباب خاصة ، لأنه كما يقول العرب « من طلب شيئا وجده »

ثم قلت أخيراً :

« لست أدري كيف بدأت الخطاب وكيف أنهيه ، كل ما أدريه أنى أحل

في قسى هذه الأيام ومنذ إبريل الماضى طاقة هائلة من الحب تكاد تقمر العالم كله ، طاقة تكاد تصنع الحياة، طاقة تتحدى الجنون ، وتشرق كالشمس بين جنبي وتضىء وتدفىء وأحس أننا لو كنا جماعة لعملنا شيئاً .. ربما .. بل حتماً ..

وأخيراً لك ما تشعر به من خلال الكلمات «

هل يمكن أنهى هذا الفصل بغير ما أنهيت به هذا الخطاب ؟
أو هل يمكن أن أنهى هذا الكتاب بغير ما أنهيت به هذا الفصل ؟
لا أعتقد .

ويعود ...

فهل انتهت حيرتى ؟

أم هى بدأت ؟

مُلحق الكتاب

مستويات النضج النفسية على طريق التطور الفردي

«سقراط: لقد كنت أدرك أيها الصديق أنك لن تمنع
برأى الآخرين في هذه المسألة .

جلوكون : ذلك لأنه لا يليق بمن قضى حياته مثلك وهو
يفكر في هذه المسائل ، أن يكتفى بعرض
آراء الآخرين دون أن يعرض آراءه هو .
سقراط : ولكن أظن أنه يليق بالمرء أن يتحدث
عما لا يعلمه وكأنه يعلمه ؟

جلوكون : كلا ، لا يصح أن يتحدث وكأنه يعلمه ،
ولكنه يستطيع أن يقول ما يعرفه على
ـجـيل عرض رأيه الخاص «

أفلاطون — غاورة الجمهورية
الكتاب السادس

مقدمة :

الإنسان كائن متطور ، وتطوره لا يقتصر على مفهوم النشوء والارتقاء فحسب وإنما يعنى الواقع الذاتى للفرد للوصول إلى مستوى إنسانى أرقى ، والإنسان لذلك لا يقتصر هدفه فى الحياة على متعة ذاته أو حفظ نوعه ، ولكنه يمتد إلى تطوير وجوده والرقى على نفسه .

هذه حقيقة قديمة قدم إدراك الإنسان لذاته ، وقد ظهرت فى حياة وإنتاج الفلاسفة والفنانين ورواد الفكر على مر العصور ، وحين نادى زرادشت أو نيتشه أو برناردشو والإنسان الأعلى ، كانوا يحسدون شعورهم الصادق لفكرة تطور الفرد عبر تاريخه الشخصى ، ومن ثم تطور نوعه ، ومعظم هؤلاء الارتقائيين يعزون هذه النزعة إلى دافع أصيل فى الإنسان يتخذ أسماء وصفات تختلف باختلاف نوع الفلسفة أو زاوية الرؤية أو لغة الفن .

إلا أن آخرين أنكروا ذلك بطريق مباشر أو غير مباشر ، ومنهم فرويد بتأثيره غير المحدود على رأى العام — رجل الشارع — وتأثيره المتغلغل فى علوم النفس ، فقد عارض هذه الفكرة صراحة إذ يقول « ... ذلك لأنه يلوح لى أن التطور البشرى ، وما وصل إليه حتى اليوم لا يتطلب أن نلتمس له تفسيراً يختلف عن تفسير التطور فى الحيوان ، وأن ما يبدو لدى أقلية من الناس من رغبة ملحة جامحة تدفع بهم إلى الرقى والكمال ، ليسكن تفسيره على أنه نتيجة كبت الميول الغريزية ! ! »

وقد استدرج الطب النفسى تحت تأثير التحليل النفسى مرة ، وتأثير الكيمياء والكهرباء مرة أخرى ، إلى إغفال هذه الحقيقة وأصبح هدفه إما أن يحقق للمريض اللذة والحياة السهلة ، أو أن يسكن تأثره ويخفى أعراضه ،

وفى هذا أو ذاك هو يحاول أن يرجع بالإنسان إلى حظيرة الصحة ، أو ما يتصوره كذلك .

ولكن ما هو تصور الطب النفسى للصحة ، وما هو الحد الفاصل بينها وبين المرض ؟ وهل السواء هو المتوسط الاحصائى ؟ أم هو الحالة التى كان عليها المريض قبل عارض المرض ؟

على أنه لو استطردنا فى عرض هذه الأسئلة القديمة الجديدة، ومحاولة إجابتها لكان ذلك إعادة لما سبق أن حير الناس والأطباء وعلماء النفس معا ، وما زال يحيرهم دون جديد محدد .

ولكن المشاكل العملية التى تترتب على هذا الغموض فى ممارسة الطب النفسى ، مشاكل لا تقع فى دائرة الخلافات النظرية وإنما هى تمس الطبيب وتحيده أمام المريض فى كل يوم .

لكل هذا فانى أقدم بعرض مفهوم تطورى للصحة النفسية أحاول به الرد عن بعض هذه الأسئلة من ناحية ، والمساهمة فى إعادة النظر فى وظيفة بعض أنواع ومراحل المرض النفسى على سلم التطور والتدهور من ناحية أخرى ، وهذا المفهوم يهدف أيضا إلى وضع الطبيب النفسى موضعاً إيجابياً يساهم فيه فى هذه المعركة بعيون مفتوحة على مصادر العلم ، وبإيمان أصيل بمستقبل الإنسان وخيره .

الهروب من المشكلة .

لجأ كثير من الأطباء النفسيين إلى الهروب من مواجهة هذه المشكلة بعدة طرق أورد أهمها فى هذه المقدمة :

أولا : أعتبر بعض الأطباء النفسين أن الصحيح نفسيا هو الخالي من الأمراض ، أو بشكل أدق من الأعراض .

ولكنه تبين من ناحية : أن بعض الأعراض توجد في كثير من الأسوياء ! ولكن مجرد وجود العرض لا يعنى المرض ، وقد حاولت بنديكت روث Benidict Roth أن تثبت أن قيمة العرض المرضية تتوقف ليس على وجوده فحسب، بل على انتشاره وقبوله من البيئة أو رفضه ، ولكن فجروكى Wegrocki أوضح أن المسألة تتوقف على وظيفة العرض المرضية ، وليس على مجرد وجوده أو انتشاره ، فإن المرض قد يخدم التوازن النفسى وأحيانا التكيف ، أو هو قد يخل بهما تبعاً لدوره الديناميكي ووظيفته السيكوباتولوجية ، ومن ناحية أخرى : ففي حالة ما إذا لم توجد أعراض أو أمراض فإن ذلك لا يعنى الصحة إذ أن تعريف الصحة تعريفاً سلبياً رفض في أغلب المجالات حتى أن الهيئة الصحية العالمية أوردت تعريفاً للصحة بوجه عام ينص على أنها « ليست مجرد انخلو من المرض » كما سيأتى تفصيلاً .

ثانياً : حاول فريق آخر من الأطباء أن يعدّوا أنفسهم بالذين يحضرون إليهم للعلاج طائعين أو مكرهين ، فلبجأوا إلى التفرقة بين « المريض » « والذي به مرض » ، « فالريض » عندهم من يحضر لاستشارتهم ، يحضر هو أو يحضره آخر ، أما « الذى به مرض » فقد يحضر أو لا يحضر وقد لا يحضره آخر ، وحين لا يحضر يتصور هذا الفريق من الأطباء أنه ليس لنا أن نحكم له أو عليه ، ويفسر أصل هذه الفكرة وجود لفظين في اللغات ذات الأصل اللاتينى يختلفان في المعنى نفس هذا الاختلاف وهما في اللغة الإنجليزية مثلاً لفظا « Ill & Patient » (ولم أجد لهما مقابلاً مباشراً في اللغة العربية فترجمتهما إلى ما سبق وهو أن

المريض هو ال Patient « والذي به مرض » هو Ill (أما المريض « Patient » فعناه الحرفى فى اللغة الانجليزية: الشخص المريض (حالة كونه) يعالج بواسطة طبيب ، وأما الذى به مرض « Ill » فترجمته الحرفية « فى صحة سيئة » (ولكن لهذا اللفظ الأخير معان أخرى مثل « ذو خلق سيء » أو مؤذ . . . وهى معان ليست جيدة عن بعض أنواع المرض النفسى على كل حال) .

وقد ذكر جيليس Gillis فى ذلك أنه لا يوجد مبرر لمحاولة أن تفصل الخراف عن الماعز باعتبار أن من يحضر للعلاج فقط هو المريض .

على أن خروج الطبيب النفسى من وراء مكتبه فى العيادة النفسية أو المستشفى القلى ، ودخوله بالبحث والدراسة إلى المجتمع الأوسع ، وازدهار علم النفس الاجتماعى والطب النفسى الاجتماعى جعلوا هذه التفرقة لا معنى لها ، بل أصبحت قاصرة وموقفة ، لأن حضور « ذى الصحة السيئة » إلى الطبيب ليصبح « مريضا » لن يغير من صفاته ، كما أنه ثبت أن أسباب الذهاب إلى الطبيب النفسى لا تتوقف على شدة المرض أو نوعه ، بل تتداخل فيها عوامل متعددة مثل درجة ثقافة الفرد والمجتمع ، ومدى الرعاية النفسية ، والقدرة الاقتصادية ، والمكاسب الثانوية من الموقف عامة ، وقد قام راونسل ولادون Rawsley & Lawden بدراسة بعض هذه العوامل التى تتحكم فى تحويل المريض إلى عيادة نفسية عن طريق الممارس العام ، ولم يجدوا أى ارتباط ذى دلالة بين هذا التحويل وبين « شدة المرض » أو « تشخيص خطير » ، أو أى ارتباط آخر مثلاً مع السن أو الحالة المدنية .

ويلاحظ الطبيب النفسي وخاصة الذى يمارس المهنة فى عيادة خاصة أن بعض المرضى يجيئون « للعلم بالشيء » وزيادة المعرفة ، أو ليزيد طالب قدرته على الاستذكار ، أو لتنظم أسرة مصروف الشهر . . إلى آخر هذه الأسباب التى لا تتصل مباشرة بالمرض النفسى المحدد المعالم .

ثالثا : لجأ جمهور الأطباء إلى اعتبار المريض مقياس نفسه ، وبالتالى فالصحة هى ما كان عليه قبل المرض أو قبل الاستشارة الطبية ، ويقوم فى ذلك الطبيب بدراسة مستعرضة لشخصية المريض قبل المرض يدرس فيها نوازعه وسماته وعلاقاته الاجتماعية وعاداته وغير ذلك ، ثم يجرى دراسة مقابلة عن حالة المريض أثناء المرض (الآن) ، ثم يحكم على مدى صحته ومرضه وربما على الهدف من علاجه .

ولكن حالة المريض قبل المرض ربما لا تعنى الصحة ، فربما أنه « لم يكن يشكو » أو أنه « لم يكن يعرف » ، ولو أن الهدف من العلاج كان فى المقام الأول هو الصحة ، وكانت الصحة هى حالته قبل المرض ، فإن ذلك قد يعنى أن تقلل من إدراك المريض حتى لا يشكو .!! . ورغم أن هذا طريق يصلح فى بعض الأحوال إلا أنه ليس القاعدة على كل حال ، إذ أنه كثيرا ما لا يستطيع المريض أن يعيد ترتيب ذاته كما كانت قبل المرض بعد ما تبين له - بالمرض - فشل الترتيب السابق له ، وكثيرا ما تكون مقاومته واحتماله قد أصبحت أضعف من الاستمرار فى الحالة السابقة مما يتطلب درجة من المقاومة أكبر ، أو درجة من الحياة أدنى .

اتجاه التعريفات :

لا أريد هنا أن أسترسل في مراجعة تعريفات الصحة النفسية التي يمكن أن نجدتها في محوٲ نظرية أخرى بشكل شامل ومفصل مثل بحث جيليس Gillis أو تيوكر Tucker ، وقد انتهت أغلب البحوث الماثلة بالحيرة التي بدأت بها ، فيقول جيليس مثلاً في نهاية مقاله أنه يبدو « أن الصحة النفسية لا يمكن تعريفها كشئ محدد ، وأنها موضوع نظري وليست قيمة قائمة بذاتها » ، ويضع تيوكر تعريفاً يبدو أنه شخصياً غير مقنع به ، إذ ينتهى إلى تشبيه الصحة النفسية - مشيراً إلى حوار فلسفي بدأ به المقال - ببقرة موجودة « هناك » ولكنها تقف وسط الضباب .

ونلاحظ أن التعريفات بصفة عامة تتجه لثلاثة اتجاهات رئيسية :

الاتجاه الاول :

وهو الاتجاه الذى يرى الصحة النفسية حركة ، أو عملية ، تتجه نحو هدف ما وأنها ليست حالة ساكنة ، ومن الأمثلة على ذلك ما قاله ليىكو Lemkau « هى هدف فى المستقبل تتجه إليه الشخصية باستمرار ... وأن هذا الهدف هو الشخصية الصحية » وما أورده عن آخرين من « أن الصحة النفسية هى غاية سعى الفرد أن ينمى قدراته الكامنة » أو « أن الصحة النفسية هى السعى إلى المثل ومحاولة اختيار أى القيم نعتقد وأى الأعلام تتبع »

ويستمر هذا الاتجاه واضعاً الصحة النفسية كحلم للمستقبل

الاتجاه الثانى :

وهو الاتجاه الذى ييسط الأمر تبسيطاً ظاهرياً باستعمال ألفاظ سهلة ولكنها

تعنى معان ضخمة وغامضة ومتنوعة ، فمن أبسط التعاريف وربما أشملها قول فرويد أن الصحة النفسية هي أن « تعمل وأن تحب » ، ولكن بالنحو إلى فكر فرويد وطريقته في التفسير والعلاج نجد أن نوع العمل يحتاج إلى توضيح فضلا عن نوع الحب وقد أرجعه صاحب التعريف إلى أصول شبقية تحد من مفهومه تماما ، ومن هذه التعريفات أيضا ما يؤكد على أن الصحة النفسية هي « التكيف » ويشير بعضهم إلى أن المقصود بالتكيف هو التشكل مع المجتمع القائم ومعاييره ، في حين يتسع معنى التكيف عند آخرين ليصبح مرادفا للتوازن الداخلي والخارجي ، أى مرادفا للصحة ، وبين هذا المعنى الضيق وذلك المعنى الشامل لا يوجد تحديد أو تصنيف ، لذلك فإن الرضا بالتعاريف البسيطة دون عمق لا يتقدم بفهمنا لهذه المشكلة كثيرا .

الاتجاه الثالث :

أما الاتجاه الأخير فهو يتحدث عن الصحة النفسية بصفات مرصوصة ، تحدد معالم الصحة الايجابية وتؤكد أن الفرد ينبغي أن يتصف بكل هذه الصفات مجتمعة قبل أن يستأهل صفة الصحة ، ومثال ذلك ما أورده جاهدو Jahoda متضمنة في تعريفها مفاهيم عظيمة ، ولكن يبدو أنها كانت أعظم مما يمكن تحقيقه ، مثل « شعور الفرد بأبعاد نفسه ، ودقة الذات ، والتوافق الذي يتضمن توازن القوى النفسية ، والتلقائية ، وإدراك الواقع ، والرضا عن النفس ، والسيطرة على النوازع ، إلى آخر هذه الصفات التي تقترب من المثالية وليست من الصحة بمفهومها العام .

ونحن في هذه الرحلة نجد أن كل ذلك يشير إلى أن الصحة النفسية هي :

« حركة في اتجاه .. يبدأ من التكيف مع المجتمع بقيمه السائدة ،

وبتسهي بمثالية صعبة أو نادرة التحقيق ، وكل هذا في إطار غامض

غير محدد »

صعوبات عملية :

على أن هذه الحيرة ، والتفاوت بين التعريفات ، ليست مشكلة نظرية بحتة فإن ما يترتب عليها من تشويش وخلط في الحكم على الأسوياء والمرضى في مجال البحث والعلاج يؤكّد حاجتنا الشديدة إلى تحديد واضح وخاصة في مجتمعنا النامي وما يماثله من مجتمعات . من ذلك أن الأبحاث التي تدرس أثر التصنيع على الصحة النفسية تصل إلى نتائج مخيفة ومتشائمة دون مبرر علمي دقيق ، فقد راجع أراسته Arasteh ستة وسبعين بحثاً أجريت في أفريقيا وأمريكا الجنوبية عن تأثير التصنيع على الصحة النفسية وخرج بأن النتائج متناثرة ، وغير محددة ، وليس لها علاقة بعضها ببعض ، وعزاً ذلك إلى اختلاف المقاييس التي يقيسون بها .

ومثال آخر في المجتمع الصناعي في الولايات المتحدة الأمريكية حاول بلات Blatt أن يطبق مفهوماً للصحة النفسية - كما تصوره طلبة الدراسات العليا في علم النفس الاكلينيكي - على مجتمع صناعي ، وخرج من نتائجهم بالاستنتاج التالي : « كلما زادت رتبة الوظيفة .. كلما كانت الصحة النفسية أحسن » ، ولكننا يمكن أن نضع النتيجة بصورة أخرى قائلين « كلما زادت رتبة الوظيفة كلما تشابه شاغلها مع طلبة الدراسات العليا لعلم النفس » . أو حتى : « .. كلما تشارك

القربان في التفكير الآمل . « ذلك لأن نوع الصحة لا بد أن يتناسب مع المستوى الاجتماعي والفكري .

وفي محاولتنا هذا للدخول إلى فهم المجتمع الصناعي ومشاكله النفسية والطبية في هذه الفترة من تطورها أجرينا بحثا عن الغياب المرضي (الرخاوى وآخرون) حاولنا أن نربط فيه بين تواتر الأعراض والمظاهر النفسية ، وبين الغياب المرضي الطويل لأي سبب ، ووجدنا علاقة إيجابية . مما دعانا إلى استنتاج أن الغياب المرضي بالنسبة للمجتمع ما يمكن أن يكون مؤشرا للصحة النفسية للمجتمع ككل ، أما بالنسبة للأفراد فقد عجزنا عن تعميم هذه القاعدة ، وقد تجنبنا التعرض لتقييم ومقارنة الصحة النفسية للصعوبات التي تحيط بهذا المفهوم ، وكان هذا نوعا من الهرب من مواجهة المشكلة في مجال البحث العلمي ، مما يشير إلى أن البحث عن تحديد وتوضيح مفهوم الصدمة النفسية أصبح ضرورة ملحة ليس في مجال التطبيق فحسب بل في كل المجالات .

المقاييس التقليدية للصحة النفسية :

بالرغم من اختلاف التعريفات هذا الاختلاف الظاهر ، إلا أن المقاييس التي نقيس بها الصحة النفسية ما زالت محدودة ومقبولة من الجميع وهي ثلاثة مقاييس على وجه التحديد ، التكيف ، العمل ، الرضا وهي معايير صالحة فلا ، ولكن معانيها كما سبقت الإشارة قد تختلف أشد الاختلاف من فرد لآخر ومن مجتمع لآخر .

وقد أشرنا إلى « أن التكيف » مثلا قد يعنى التلاؤم مع البيئة الخارجية أو الداخلية ، ولكن أسئلة كثيرة قد تشكك في قيمته كمؤشر للصحة مثل :

التكليف لمصلحة من وعلى حساب من ؟ التكليف إلى أى مدى وفى أى مجال ؟ وما هو حكم تكليف مجرم مع أفراد عصابته أو عدم تكليف فنان مع بيئته القريبة ؟

أما « العمل » فإذا قصدنا به مجرد الإنتاج المادى فى المجال الأساسى لعمل الفرد فهو كثيراً ما يضع الانسان فى عداد الآلة التى تقاس جودتها ومصلحتها بمدى إنتاجها ، لذلك كان العمل أنواعاً تختلف حسب هدفه ومجاله ووظيفته للفرد والمجتمع .

وأخيراً فإن « الرضا » يمثل قمة الإنجاز ، إذا لم تحدد معالاه تفصيلاً ، فما هو الرضا فى جوهره ؟ أهو الاقرار بالرضا ؟ أم التسليم عن رضا ؟ أم هو تصور الرضا ؟ أهو حكم الشخص على نفسه أم حكم الناس عليه ؟

كل هذه تساؤلات تشير نفس القضية حول نوعية الصحة ، وقد تثير مشاكل مصاحبة للقضية مثل «مدى اعتبار المجرمين مرضى» أو مشاكل «البقرية والإبداع الفنى» وغيرها من المسائل التى ترتبط كلها بأصل واحد وهو مدى الصحة ونوعيتها .

نوعية الصحة .

من كل ذلك يتضح أن التفرقة بين مستويات الصحة النفسية أصبحت حاجة ضرورية وعملية للتطبيقات اليومية ، سواء فى مجال البحث العلمى أم العلاج ، لذلك كان الاتجاه حديثاً إلى وضع التساؤل عن الصحة النفسية بشكل آخر ، فبدل أن تتساءل عن الشخص المعنى : هل هو صحيح أم مريض ؟ ينبغى

أن نسأل « كيف هو صحيح » ؟ أى على أى مستوى وبأى صورة ؟ فإن للصحة مستويات تصاعدية مختلفة ، وبذلك نتجنب الوقوع فى خطأ اتهام أغلب الناس بعدم الصحة إذا هم لم يتصفوا بصفات معينة ، ربما تكون أقرب إلى صفاتنا نحن ، أو حتى إلى الصفات التى نتمناها لأنفسنا ، وقد نبالغ فى ذلك حتى نصل إلى مثالية بعيدة التحقيق ، فكم لاحظنا صيغة « أفضل التفضيل » فى كثير من الأوصاف التى تخلع على الصحة مثل « أحسن ما يمكن من تكيف » « أفضل طريقة للحياة » أو ألفاظ أخرى تصلح لقصيدة شعرية مثل « قمة السعادة » « غاية النضج » « الفاعلية الكاملة » ، ولم يقع فى ذلك الخطأ فرد أو عدة أفراد ، ولكن التعريف الذى أوردته الهيئة الصحية العالمية عن الصحة عامة كان يحمل مثل هذه الصفات المطلقة وهو : « الصحة هى حالة من تمام Complete الشعور بالسعادة (أو الراحة) فى كل المجالات : العقلية والجسمية والاجتماعية ، وليست مجرد انتفاء المرض » .

كل ذلك جعل لزاماً أن يتضمن السؤال عن الصحة ، تفاصيل عن التكيف وليس مجرد الكم .

وقد دفع هذا « أراسته » Arasteh إلى وضع مفهوم عملي للصحة النفسية ، يربط فيه مدى تطور الفرد بمدى إدراكه لهذا التطور وتناسب احتياجات هذه المرحلة مع ما يهيئه المجتمع من فرص لتحقيق أغراضها ، وبذلك يكون قد ربط الإدراك ، بالتطور ، بتحقيق الاحتياجات ، بالفرص المتاحة فى المجتمع ، وعليه يكون الفرد فى صحة جيدة « إذا حققت دوافعه مدى إدراكه لاحتياجاته ، وأمكنه مجتمعة من ذلك » .

وقد وضع تبعاً لذلك فرضاً لنظرية متكاملة عن الإنسان تجعل دافع النشاط

Activity Motive في مستوى أساسي، على قدم المساواة مع دافع الجنس، وحفظ الذات، وقد حدد مستويات ثلاثة للصحة النفسية هي المستوى الطبيعي Natural Level حيث ينصرف الإنسان آليا ليحقق حاجاته البيولوجية أساساً، والمستوى التالي هو المستوى البيئي Cultural Level حيث يدرك الإنسان بيئته ويستجيب لاهتماماته في حدود البيئة المباشرة، وأخيراً المستوى الخالقي - وسماه أيضاً البعد بيئي - Creative & Transcultural، حيث يتخطى الإنسان حدود بيئته المباشرة ويصبح تكيفه مع الحياة ذاتها .

ويبدو أن هذا الاتجاه كان ينبض في عقل أكثر من مفكر في نفس الوقت فقد حاول برينيتي Brunetti مستقلاً أن يضع مستويات للصحة جاءت موازية تقريباً لمستويات أراسته، واعتمد في ترتيبه على مجالات التكيف وأبعاده، وفرّق بذلك بين «صحة الجسم» أو الصحة البيولوجية La Santé Biologique حيث يكون التكيف بين أعضاء الجسم، وتكون الصحة مرتبطة بمدى تلاؤم الأعضاء مع البيئة العضوية الداخلية، ثم «صحة النفس» La Santé Psychologique التي ترتبط بمدى تكيف الفرد مع مجتمعه البشري المباشر مثل أسرته وزملاء عمله، ثم أخيراً «صحة الروح» La Santé de l'esprit التي تشير إلى التكيف والتلاؤم مع عالم الإنسان بصفة مطلقة، وعالم ما بعد الإنسان زمانياً ومكانياً .

ورغم وضوح هذه الرؤية ومسايرتها لحاجتنا الشديدة لتقسيم الصحة النفسية إلى مستويات نوعية إلا أن تطبيقاتها العملية لم تأخذ حقها الواجب، كما أن النظريتين لم تشيرا على وجه التحديد إلى هذه التطبيقات وكيفية الاستفادة من هذه الرؤية فيما عدا ما أشار به أراسته من الحذر في الدراسات المقارنة، وعلاقة نظريته هذه بنظريته في العلاج النفسي .

ويمكن أن نوجز الحقائق التي أوصلتنا إلى هذه المرحلة من التفكير فيما يلي :

١ — أن الصحة النفسية ليست قيمة واحدة وإنما هي عدة قيم ، أو هي عدة مجموعات من القيم ، التي يمكن ترتيبها على مستويات تصاعدية .

٢ — أن الفروق بين هذه المستويات هي بالضرورة نوعية وليست فقط كمية .

٣ — أن الانسان في حالة تطور دائم ، ليس فقط في تاريخه كنوع ولكن أيضا أثناء حياته كفرد مستقل .

٤ — أنه ينبغي فحص الفرد وبيئته في نفس الوقت ، لتحديد نوع ومدى صحته النفسية .

وقد وجدت أن المستويات المختلفة للصحة النفسية صالحة لفرض محدود ، ووجدت أنه ينبغي أن نضع في الاعتبار الوسائل النفسية للحصول على التوازن في كل مستوى ، والمشاكل العملية التي يمكن أن نحلها بهذا الفهم الجديد .

ومن بعض هذه الأسئلة التي ينبغي أن تشغلنا ونحن نقسم الصحة إلى مستويات ، تساؤلات حول أسباب المرض النفسي وأنواعه وعلاجه مثل :

١ — هل يمكن أن ترتب الأمراض النفسية في مستويات مقابلة لمستويات الصحة المقترحة ، وبالتالي نعيد ترتيب التشخيصات ترتيبا تطوريا — أو تدهوريا — على وجه الدقة ؟

٢ — كيف يمكن ربط أسباب المرض النفسي الوراثة والبيئة بهذه

الحركة التطورية ومضاداتها سواء للوصول إلى مستوى أرق للصحة النفسية ،
أو مستوى أخطر من المرض ؟

٢ - هل يمكن للعلاجات المختلفة - نفسية أو كيميائية أو اجتماعية -
أن تجد دوراً جديداً يتناسب مع إعادة ترتيب مستويات الصحة والمرض ؟

التعريف :

وفي محاولة للإجابة على هذه الأسئلة أقدم فرضاً جديداً من واقع الممارسة
العملية ، ولا يخفى أن العلم لا يتقدم بمجرد وضع القروض ، ولكنه أيضاً -
كما قال ويتهد Whitehead « ... إن بعض اللصائب العظمى التي لحقت
بالإنسان ، كانت نتيجة لضيق الأفق مع أسلوب منهجي ممتاز ،

وقد بدأت بوضع تعريف للصحة النفسية حاولت أن أجعله شاملاً ، ولكنى
موقن ابتداءً أن أصعب الأمور ، وربما أسخفها ، هو التعريف ، ومع ذلك فلا بد
من بداية :

« إن الصحة النفسية هي توازن القوى التي توجه إمكانيات فرد معين
في مجتمع ما في وقت بذاته لتحقيق لهذا الفرد احتياجاته المرتبطة بدرجة تطوره ،
والتي يتم بها التوافق الداخلي ، والتلاؤم مع ما حوله في نفس الوقت ،

وأهم ما أحب التركيز عليه في هذا التعريف - وهو ما أكده الكثيرون
من قبل متفرقين - وهو توازن القوى وارتباطه بعامل الزمن ، لأن الفرد
يتغير ، والمجتمع يتغير ، والرؤية تتغير ، والاحتياجات تتغير من وقت لآخر ، ومن
ثم فإن التوازن وقياسه يتغير من وقت لآخر ، فهي عملية تناسب مستمرة

توقف على الوقت مثلما تتوقف على العوامل الأخرى مجتمعة أو على افراد .

التطور الفردي ومحطات التوازن المرحلية :

أحب أولاً أن أشير إلى أن الحديث عن الصحة النفسية مرادف في أغلب الأحوال للحديث عن النضج ، وكأن مفهوم الصحة النفسية الشائع وتعريفاتها يختص بالإنسان الراشد ، ويصنف تلك الحالة التي يتمتع بها الفرد بعد إتمام مراحل نموه ، وهذا مقبول بداهة ، إلا أنه لا بد من توضيح شكل التوازن ومعناه في مراحل النمو المختلفة ، وعلى ذلك فإني سأبدأ بتصنيف الصحة النفسية عند الراشد ثم أربط ذلك فيما بعد بالمرحلة السابقة .

وباعتبار أن الصحة النفسية هي توازن القوى الفعالة التي تهدف إلى تحقيق التوافق الداخلي والخارجي بكل وسيلة ممكنة ، وأن الإنسان كائن متطور في حياته الفردية مثل تطوره في تاريخه ، فإني أعرض القروض المتتالية الآتية :

الفرض الأول :

يولد الطفل حاملاً إمكانيات ودوافع متعددة يختلف تصنيفها حسب المدارس النفسية المختلفة ، كما يولد حاملاً طرقاً في السلوك يستعمل بها هذه الإمكانيات والدوافع ، ولنسم هذه الأخيرة «الوسائل» تمييزاً لها عن القدرات الأساسية العامة والخاصة ، وتمتد جذور هذه الطرق السلوكية إلى تاريخ الفرد وتاريخ النوع معاً ، وتاريخ الفرد هو تكرار لتاريخ النوع على كل حال ، وتستعمل هذه الوسائل المتنوعة سائر القدرات لخدمة أغراضها حسب مرحلة تطور الفرد ، وهدفها دائماً تحقيق التوازن ، فالذكاء العام أو المهارة الخاصة قد تساهم في تحقيق

التوازن في كل مرحلة تطور ولكن بنوعية مختلفة عن المرحلة الأخرى لاختلاف الهدف ونوع الحياة في كل ، فالتقسيم هنا ليس تقسيم قدرات أو دوافع ، بل هو تقسيم وسائل وأهداف استعمال هذه القدرات .

ويمكن تقسيم هذه الوسائل إلى ثلاث نوعيات :

١ - الوسائل الدفاعية : وهي الوسائل التي يدافع بها الانسان عن وجوده ككائن حي ، وعن بقاءه واستمرار نوعه الحالي ، وبها يتجنب الألم والقلق والرؤية المثيرة لها ، وهي وسائل تمتد جذورها إلى تاريخ الانسان الحيواني وإن اتخذت في أجداده صورة بيولوجية (بمعنى جسمية عضوية في هذا المقام) في حين تحولت بالنمو النفسى المعقد للانسان إلى وسائل دفاعية نفسية معقدة تسمى أحيانا الميكانيزمات الدفاعية **Defensive Mechanisms** فالهرباء والقراشة تغيران لونها لتماثلا البيئة من أشجار وأزهار وتجنبان بذلك الخطر ، والانسان يتشكل مع المجتمع ليحمى نفسه من الاختلاف الخطير ، والنعامة تدفن رأسها في الرمال ، والإنسان يستعمل ميكانيزم الإنكار ، والحيوان يمارس العدوان ، والإنسان يمارس الاسقاط والعدوان لتخفيف التوتر ، وفي الحالتين فإن الهدف واحد وهو : حماية الذات ، والحفاظ عليها من اعتداء الآخرين ، وتجنب الألم والقلق ، ومن ثم المحافظة على بقاء النوع والتراث كما هو .

٢ - الوسائل المعرفية : وهي الوسائل التي يدرك بها الانسان بيئته وذاته ، وهي تتشابه بين الانسان والحيوان ولكن رقى نمو المخ والتفكير في الانسان ، جعلها تفوق مثيلتها في الحيوان بأضعاف الأضعاف ، وأريد هنا أن أميز بين « المعرفة » و « البصيرة » ، فإنما أعنى بالمعرفة الادراك العقلى السطحى دون عمق عاطفى حدى ، وربما امتدت المعرفة إلى بعض طبقات النفس فيعرف

الانسان دقاته أو «ميكائز ماته» مثلا ويفهمها، ويعرف قدراته ويطلقها حسب ظروفه المتاحة، ويتعرف على بيئته ويستغلها ويتكيف معها، ولكنها غير البصيرة التي تشير إلى إحساس أعمق يجذور الكيان الانساني، فالمعرفة قد يصحبها وقد لا يصحبها عمق انفعالي مناسب، ويتوقف نمو هذه الوسائل المعرفية على ظروف تكوين الفرد، ومجال نموه، ومصادر الإعلام من حوله، واتساع دائرة ثقافته وإمكانيات مجتمعه، على أن كل إنسان يولد وعنده استعداد للمعرفة على قدر الفرص المتاحة، فاذا ما انطلقت للعمل فإنها تساهم في الحفاظ على التوازن.. ومن ثم الصحة.

٣ - الوسائل الخلاقية (بالعمل الغير) : وهذه الوسائل تشمل القدرة على التعبير وعلى الخلق وعلى إعادة تنظيم الذات والمجتمع والحياة بصورة عامة، وهي قدرة إنسانية أساساً رغم وجودها عند أجدادنا عبر التطور، إلا أنها لم تصل إلى الوعي الإرادي كما وصلت عند الانسان، والذي لم يستعملها من أولاد عمومته لم يتطور، فالواقع « أن الحيوان لا يعمل بمعنى الكلمة، وإذا تحكم في نشاطه مجموعة من التنظيمات البيولوجية، فتراه يسعى إلى اشباع حاجاته العضوية كلما دعت الضرورة إلى ذلك » (زكريا ابراهيم)، ولذلك استمر حيوانا، وإنما الذي أعنيه هنا هو العمل الانساني الذي لا يتصف به - عموما - إلا الإنسان، والذي هو نتاج الانسان وربما صانع الانسان « إن التاريخ العالمي الزعوم إن هو إلا عملية إنتاج للانسان نفسه عن طريق العمل البشري » (ماركس) .

وهذه الوسائل الخلاقية بالعمل الغير تخدم التوازن أيضا في أعلى صورته، وهي موجودة في الإنسان منذ الولادة .

فكأن هذا القرض يقول « إن الطفل الإنسان يحمل هذه الوسائل الثلاث بنسب متقاربة - تختلف حسب الوراثة طبعا ، فهي ليست متساوية تماما - ، وهي بهذا الترتيب السابق ذكره تمثل تاريخ تطور الإنسان بصفة عامة ، أما بالنسبة لنمو الفرد فان الطفل في طريقه نحو النضج يحاول تنمية كل منها حسب الظروف المتاحة من المجتمع بما في ذلك طرق التربية والنظم السياسية والثقافية والاقتصادية ، التي ترجح في النهاية إحداها على الأخرى .

القرض الثاني :

يتم التوازن في الإنسان الراشد في أغلب الأحوال - وحسب درجة تطور المجتمع إنسانيا وحضاريا - بتنمية الوسائل الدفاعية على حساب القدرات الأخرى ، فتتغنى عليها ولكن لا تلغىها ، فيحصل أغلب الناس على التوازن بالوسائل الدفاعية أساسا .

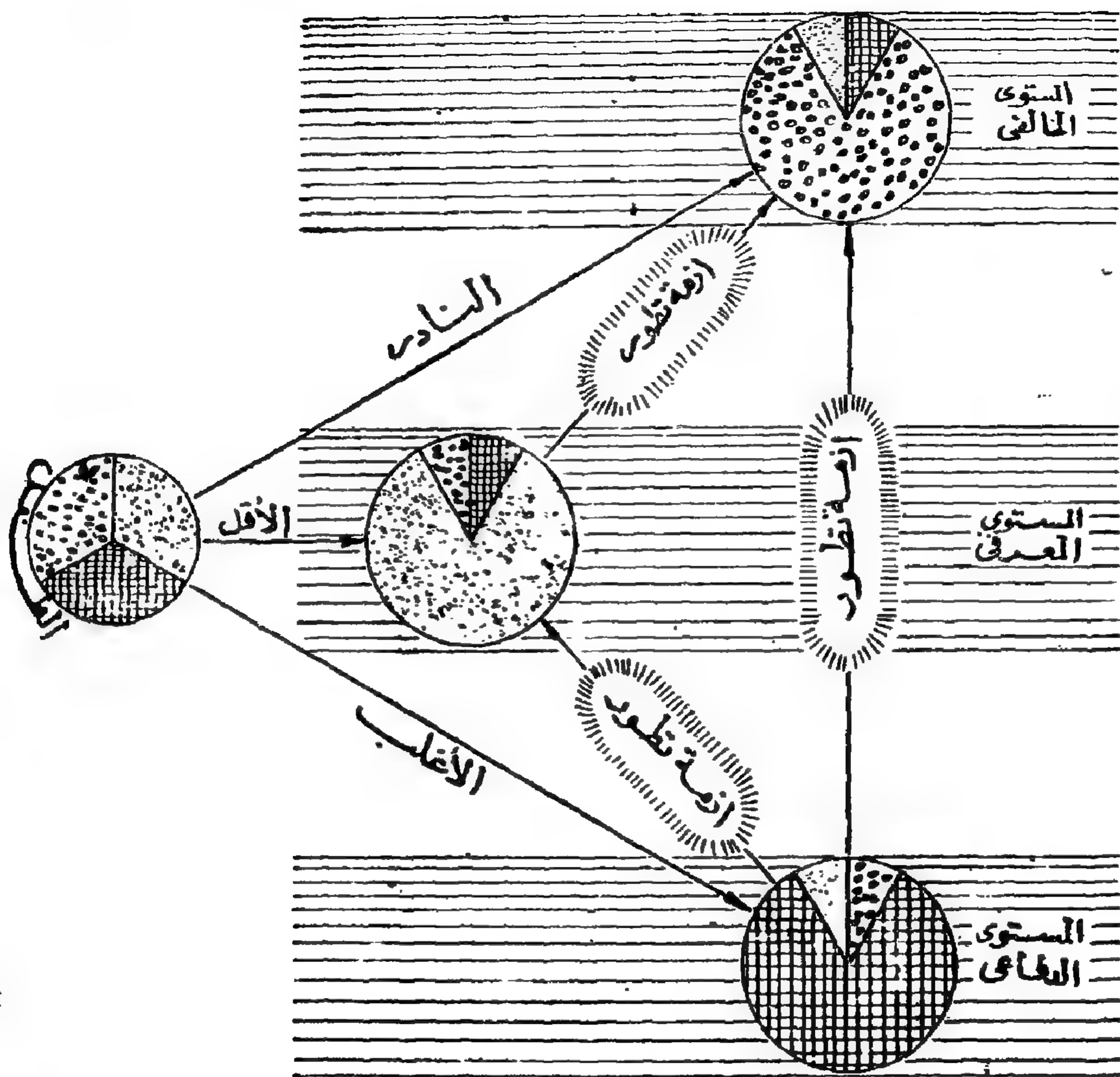
وفي نسبة أقل يتم التوازن بتنمية الوسائل المعرفية أساسا على حساب الوسائل الأخرى .

وفي نسبة نادرة يتم التوازن بالعمل الخلاق أساسا ثم بدرجة أقل بالوسائل الأخرى شكل (١) .

وبديهي -- ولكنه تكرر لازم - أن الوسائل الدفاعية أقل تطوريا من الوسائل المعرفية ، التي هي أدنى بالتالي من الوسائل الخلاقه .

القرض الثالث :

إن الانسان يتطور أثناء حياته كفرد ، وأن وصوله إلى مرحلة من التوازن باللجوء إلى وسيلة أدنى ، لا يعنى توقفه النهائي عند هذه المرحلة ، إذ أن



من إعداد د. محمد عبد الله

شكل (١) يبين الوسائل المتبعة للتوازن . احتمالات تطورها ، ثم ازدياد النظر عند الانتقال من مستوى آخر .

قدراته الأخرى التي لم يتح لها فرصة التدريب والموقف تهاداً مؤقتاً في هذا المستوى الأدنى، ولسكنها قد تثار في أى وقت في تاريخ حياة الفرد نتيجة لواحد أو أكثر من العوامل التالية :

١ — أن تفشل المرحلة الأدنى لحفظ التوازن لأنها استنفدت أغراضها، مثل أن يبدو في الحياة من الأمان ما لا يتطلب الاستمرار في الدفاع والمهجوم، فتصبح الحاجة إلى استعمال الوسائل الدفاعية (والمهجوم من ضمن الدفاع) لا معنى لها وهذا ما تقصده بتعبير « استنفدت أغراضها » .

٢ — أن تثار القوى المعرفية أو الخلاقة أو هما معا نتيجة لمثيرات خارجية مثل مزيد من الثقافة فالرفض ، أو الاحتكاك الانساني الأوسع فالفهم فالاحتجاج ، أو فترات التحول الحضارى القلقة ، أو رؤية الأمل في الأحسن وأنه ممكن التحقيق ، أو غير ذلك من المثيرات لهذه القوى الكامنة .

٣ — أن تثار هذه القوى نتيجة لفقد التوازن البيولوجى (بالمعنى العضوى فحسب) في فترات التحول الهرمونى مثل فترة المراهقة أو سن اليأس ، أو نتيجة لأى اختلال عضوى آخر مثل المؤثرات العضوية الخارجية والداخلية التي أجنب الإشارة إليها في هذا البحث .

٤ — أن تثار هذه القوى تلقائياً نتيجة لقوة ذاتية تمدها في الأغلب في هذه الحالة العوامل الوراثية .

وعادة ما يتم فشل المستوى الأدنى نتيجة لأكثر من عامل في نفس الوقت ، فاذا اختل التوازن ، ظهرت الأعراض ، وفي نفس الوقت أثرت وسائل جديدة لإعادة التوازن ، ذلك لأن الوسائل الأدنى لم تعد كافية لتحقيق التوازن

بعد هذه الإثارة أيا كان مصدرها - على أنه من أهم مثيرات مستوى معين من الصحة هو مخالطة نوعيته، فالهجوم يثير الدفاع، والثقة تثير المعرفة، والاستمتاع الفني يثير الابداع الفني، وهكذا.

الفرض الرابع :

أن للصحة النفسية مستويات متتالية تقابل الوسائل الغالبة للحصول على التوازن، وأنه يمكن تمييز ثلاثة مستويات محددة دون إغفال المستويات المتوسطة بينها، وإنما نشرح كل مستوى بصفاته الكاملة نظريا حتى تتحدد الصورة بوضوح أولا، أما التوفيقات اليبينية فيمكن استنتاجها بسهولة.

وعلى ذلك فانه يمكن أن يقال على أى فرد متوازن أنه صحيح نفسيا مع تحديد نوع الصحة التي يتميز بها حسب الوسيلة الغالبة للحصول على التوازن.

وحتى نعرف نوع الصحة التي يتميز بها فاني سوف أستعمل نفس المقاييس التقليدية لقياس الصحة وتمييزها، وهي التكيف والرضا والعمل ولكن معانيها وترتيبها سوف تختلف اختلافا تاما من مستوى لآخر جدول (١)، كما يلي :

أولا - المستوى الدفاعي :

وفيه يمارس الانسان مظهر الحياة دون جوهرها، ويستمر يدافع عن نفسه وبقائه وقيمه الاجتماعية الثابتة أكثر مما يسعى إلى معرفة طبيعتها وإطلاق قدراته لتغييرها، وهذا المستوى يتصف به (ربما للأسف) أغلب الناس وخاصة في المجتمعات البدائية والتقليدية والمتخلفة، ويتم التوازن بالدفاع والهجوم معا، وتقاس الصحة النفسية بمدى نجاح العى النفسى الذى يتمتع به الفرد، ويكون ترتيب المقاييس ومعناها كالتالى :

التكيف : ويعنى هنا التشكل حسب قوالب المجتمع ومجاراة القيم السائدة

على حساب أى شيء آخر ، فالإجابات التقليدية جاهزة لكل سؤال ، وثبتت الواقع أمان من كل اهتزاز .

العمل : ويتجه أساسا لإرضاء الغرائز وحفظ النوع (لا تطويره) ، فالإنسان هنا يعمل للحصول على لقمة العيش والمركز أساساً ، ثم لاقتناء ممتلكات رمزية تميز وجوده وتبرره وتساعد في نفس الوقت في نجاح العى النفسى لتحقيق التوازن .

الرضا : ويتم أساسا بتجنب الألم والقلق والارتواء من اللذة الحسية . وأود أن أشير إلى معنى الترتيب في هذه المرحلة من البحث ، إذ أنه لا يمكن فصل مقياس عن الآخر ، وإنما وضعت الترتيب على أساس أنه إذا تعارض اثنان فرضا فأيهما يرجح ؟ ووضعت الراجع في ترتيب سابق ، فمثلا إذا تعارض التكيف مع الرضا (وهما لا يتعارضان عادة لأنهما يخدمان نفس الهدف النفسى للمرحلة ولكن الذبذبات محتملة) فإن الفرد لا بد أن يتنازل عن الرضا مؤقتا ليتشكل مع النظام السائد الذى سيحقق له الرضا أخيرا بشكل أدنى ما دام قد قبل هذا المستوى من الصحة ، فهذا الترتيب لا وجود له في الواقع إذا كانت المعانى مطابقة تماما للمرحلة ، كما أن هذا الترتيب يشير إلى « المقياس » وليس إلى « القيمة المطلقة » فالصحة هنا تقاس بالتكيف أولا فالإنسان في هذا المستوى من الصحة « مثله مثل الجميع يكسب لقمة العيش ، ويقتنى من الأشياء أكثر ما يمكنه ويملاً بطنه وتلذذ حواسه ، وينام ، وتنتهى آماله في الأغلب عند الستراو »

الممتلكات الرمزية »

وأحب أن أؤكد أن هذا المستوى مستوى مشروع من الصحة ، يتمتع به الأغلبية ، لذلك لا ينبغي أن ينقص توازن الفرد عند هذا المستوى من حقه

في الحياة الآمنة ما دامت قدراته وإمكانيات مجتمعه لم تسمح له بغير هذا المستوى ، ولعل هذا المستوى هو ما أشار إليه لامبو Lambo في مناقشته للصحة النفسية في المجتمعات النامية قائلا « إن مفهوم التقبل والتلاؤم الاجتماعي هو أكبر علامة لتقويم الصحة النفسية في المجتمعات التقليدية » .

ثم إن الإنسان في تطوره يحتاج إلى الحكم الذي منه يخرج الكيف ، واحترام الحكم الذي يمثله هذا المستوى إنما يعني أمرين : الأمر الأول أن هدف الطب النفسي هو تحقيق التوازن على قدر ما تسمح الظروف ، وليس اتهام الناس بالمرض وإثارتهم دون إمكانات مناسبة ، والثاني أن الإنسان على هذا المستوى قد يتطور في أي وقت أو قد ينبج من الأطفال من يحمل بذور التطور وتسمح له ظروفه باطلاقها في أمان أكبر ، وهذا يكون قد أدى وظيفته التطورية بطريقة غير مباشرة .

ثانيا : المستوى للعرف :

وهنا يعرف الإنسان أكثر ، فيدرك كثيرا من دوافعه وغرائزه كما يدرك القيم الاجتماعية من حوله ، ويتقبل هذا وذاك فيحصل بذلك على التوازن ، وبهذه الرؤية الواضحة قد لا يحتاج إلى كثير من الحيل الدفاعية إذا اعتبرنا أن المعرفة في بعض صورها دفاع ضد البصيرة الأعمق ، وهو يصل إلى درجة من الراحة والتلاؤم لا تثير قدراته الخالقة للعمل الجديد والتغير فيكون هدفه أساسا في هذه المرحلة هو الراحة واللذة والهدوء ، وربما القراءة أو المناقشة العقلية ، ويصل الفرد إلى هذا المستوى من التوازن بالمعرفة وربما بالامتصاص الذاتي عن طريق معلم أو كتاب أو صديق أو محلل أو طبيب ، وكما سبق أن ذكرنا (وهو مبين بالشكل التوضيحي شكل (١)) أن التوازن عند هذا المستوى

لا يخلو من وسائل دفاعية أو ممارسة بعض النشاطات الخلاقة (ولكنه ليس نشاطا بالضرورة للتغيير ، رغم أصالته) وتكون المقاييس حسب أهميتها القياسية مرتبة بشكل خاص كما تختلف ، معانيها عن بقية المستويات كالتالى :

الرضا : وهو هنا المقياس الأساسى ، ويتميز بقبول الذات واحترام الصراع ، ويتم بتحويل الألم لا بتجاهله تماما مثل المستوى الدفاعى ، وينفس الفرد عن القلق بالتفريج والترويح والفهم ، ويحصل على اللذة العقلية بالمعرفة ، بالإضافة إلى الافراج عن اللذة الحسية والتمتع بها .

التكيف : ويشمل هنا التكيف مع داخل النفس والواقع الخارجى معا نتيجة للمعرفة بطبيعة ما يجرى فى الداخل والخارج على المستوى العقلى ، ولا يتعدى مجال التكيف المجتمع القريب فى الأسرة والأصدقاء والعمل ، وقد يتحدث عن المجالات الأوسع للانسان إلا أن ذلك لا يكون تكيفا معها بقدر ما هو فهم لها أو مناقشة لظروفها ، ومهما ظهرت كلمات التخير فى الحديث فإنها تقتصر إلى العمق الخلقى ، وتكون أقرب إلى التفسير والتبرير .

العمل : وهنا يتعدى مفهوم العمل مستوى كسب العيش واقتناء الأشياء وإرضاء الدوافع الغريزية إلى ممارسة بعض الهوايات التى تجلب المتعة والتسلية كذلك ، وتصبح وظيفة العمل هنا بعد تحقيق الدوافع الأولية ، إطلاق الطاقة للمتعة وتثبيت الذات ، ومن ثم الرضا والراحة والاستمتاع .

وهذا المستوى ربما يصف من يطلق عليهم المثقفون ، وعلى الرغم من أنه يعتبر أرقى من سابقه وأقرب إلى الصفات الانسانية إلا أنه من الصعب اعتبار أو تصور أن غاية تطور الانسان أن يكون فاهما مرتاحا ، وإن كان هذا هدفا عظيما فى

حد ذاته حتى يغري بأن يكون غاية أمل الفرد فعلا، إلا أنه لا يحمل إرادة التطور والتغير ولكنه يخدم اتساع دائرة المعرفة الانسانية التي تخدم بدورها ولو بطريق غير مباشر شحذ البصيرة الانسانية ومن ثم الانطلاق إلى المرحلة التالية، ويمكن وصف الانسان في هذا المستوى من الصحة بأنه « إنسان يتمتع بالراحة، يعرف كيف يرضى نفسه ويسير من حوله، ويقبل الموجود ويتمتع بالمكن، يمارس عمله وبعض هواياته » .

ولكن هذا المستوى مثل سابقه، إذا استنفد أغراضه، أو ثارت قوى التطور عليه (تلقائيا أو نتيجة مؤثرات كما سبق) فإنه لا يعد كافيا لحفظ التوازن .

ثالثا : المستوى الخلقى (الانساني)

وقد وضعت الانساني بين قوسين حتى لا أنفي صفة الانسان عن المستويات السابقة، لأن هذا المستوى وإن وصف الانسان كما ينبغي أن يكون، إلا أنه لا ينطبق إلا على ندرة من الناس في المرحلة الحالية لتطور الإنسان، ونظراً لأن الطبيب النفسي يعالج كل البشر فعليه أن يحترم مراحل تطور كل البشر، وبذلك نتجنب ما أخذناه على بعض التعريفات حين قصرت معنى الصحة على هذا المستوى فحسب .

على أن هذا المستوى هو غاية تطور الانسان « كنوع » والانسان « كفرد » لأنه إذا امتد معنى التكيف إلى اهتمام الانسان بوجوده زمانيا كمرحلة من النوع البشرى تصل الماضي بالمستقبل، ومكانيا كفرد من البشر في كل مكان، وأصبحت راحته وصحته لا تتحقق إلا بأن يساهم طويلا في التطور وعرضيا في مشاركة الناس آلامهم ومحاولة حلها بالتغير والعمل الخلاق، ولم

مستوى الصحة	المستوى			المستوى	المستوى	المستوى	المستوى
	ترتيب الهائيس	الدفاعي	المعرفي	المخاطبي	المستوى	المستوى	المستوى
المقياس الأول	الضعف	ويعني التشكل مع المجتمع وجماعة القيم السائدة كما هي	ويعني بالفهم والتحويل الأم وتفرغ القلب والحصول على اللذة العقلية والحسية	الرضا	ويعني بالفهم والتحويل الأم وتفرغ القلب والحصول على اللذة العقلية والحسية	الرضا	ويعني بالفهم والتحويل الأم وتفرغ القلب والحصول على اللذة العقلية والحسية
المقياس الثاني	الضعف	ويعني أساسا لارضاء الدوافع الأولية، والاستمران في اقتناء الممتلكات الرمزية	ويعني التشكل مع المجتمع وجماعة القيم السائدة كما هي	الرضا	ويعني بالفهم والتحويل الأم وتفرغ القلب والحصول على اللذة العقلية والحسية	الرضا	ويعني بالفهم والتحويل الأم وتفرغ القلب والحصول على اللذة العقلية والحسية
المقياس الأخير	الضعف	ويعني تشكلا مع المجتمع وجماعة القيم السائدة كما هي	ويعني بالفهم والتحويل الأم وتفرغ القلب والحصول على اللذة العقلية والحسية	الرضا	ويعني بالفهم والتحويل الأم وتفرغ القلب والحصول على اللذة العقلية والحسية	الرضا	ويعني بالفهم والتحويل الأم وتفرغ القلب والحصول على اللذة العقلية والحسية

جدول (1) بين مقاييس الصحة ومعانيها المتنوعة ، وترتيبها المنفرد ، حسب كل مستوى .

يُخل كل ذلك بحياته اليومية ، ولم ينتقص من قدرته على كسب عيشه مثلاً أو تكوين أسرة ورعايتها، فإنه يكون قد حقق إنسانيته وتوازنه على أرقى مستوى معروف للصحة النفسية ، والحياة .

ويكون ترتيب المقاييس في هذا المستوى حسب أهميتها كالتالى :

العمل : وهنا يصبح العمل أساسيا لا غنى عنه لتحقيق التوازن ومن ثم الصحة النفسية ، والعمل الذى يؤدي هذا الغرض هو « العمل للغير » أو الخلاق ولا أعنى به هنا نوعا خاصا من الابداع الفنى (إلا أن هذا يدخل فى بعض الأحيان ضمن هذا المستوى) وإنما أعنى به أى عمل فيه تغيير للواقع لصالح الإنسان وخلق الجديد ، وهذا الجديد ابتداءً هو نوع الحياة التى يحياها الفرد وكأنه يخلق نفسه من جديد ، ومنه أن يطلق قدرة طفله وينسى حرية الخلق لديه ، وهو بذلك يتمدى بمجرد كسب العيش أو ممارسة هواية ، ولكنه لا يتم على حساب هذا أو ذاك . من هذا يتضح أنى لم أعن أنه لابد للإنسان من خلق عمل فنى حتى يتصف بالتوازن على هذا المستوى ، بل إنه ليس ضروريا أن من يخلق عملا فنيا يكون قد حقق صحته النفسية فى هذا المستوى ، إلا أثناء عملية الابداع فقط (كما سيرد ذكره) ، فالمقصود هنا أن الوجود الإنسانى الإيجابى والمساهمة فى الاستمرار كحلقة متغيرة فى سلسلة التطور ، هو خلق جديد فى ذاته ، فتكون الحياة ذاتها فنا أصيلا ، ولا يكون الفن بديلا عن الحياة ، لأن مجرد تغيير نوع الفرد يحمل الأصالة اللازمة لاستمرار سلسلة التطور .

الرضا : ويعنى هنا السعادة الإيجابية التى تصاحب « العمل للغير »

أو الخلق ، ويشمل الشعور بالحرية والمسئولية معا ، وممارسة القلق البناء لصالح الخير ، لأن الرضا يأتى مما يثيره القلق من عمل يتفوق به الإنسان على نفسه ،

فلا يقتصر بذلك معناه على المتعة أو اللذة الحسية ، وإنما يعنى الشعور بالانسجام والانسجام مع الحياة والناس والوجود ، ولا يشترط لذلك درجة النشوة التي يصل إليها الصوفي أو الفنان أثناء تجربة الخلق ، فهذه حالة مؤقتة ، ولكنها على كل حال تحمل نوع هذه التجربة حيث تتعدى السعادة الانسانية اللذة والراحة إلى النشوة والإحساس الإيجابي بالحياة والناس ، وبقية الانسان ، وبأهمية للمشاركة الانسانية لتحقيق هذه النشوة .

التكيف : ويصبح معناه التلاؤم مع الجنس البشرى كله في المكان والزمان ، فلا يقتصر على المجال القريب للمتصلين بالفرد ، ولكنه يتم في هذا المجال كخطوة أولى نحو مجال أشمل ، وكثيرا ما يضطرب هذا المقياس مع سابقه ، ولكن الصحيح المتوازن نفسياً فلا هو الذي يملك القدرة على إعادة تنظيم نفسه ويثبته القريبة بحيث تتفق مع قدرات خلقه وتحقق سعادته التي ينشدها في وسط الناس وبهم ، وإلا فإنه بمقياس الصحة النفسية يصبح توازنه ناقصاً ، ويبدو أنه لا بد أن يملك الفرد القدرة على قبول تنازلات مرحلية دون أن تمس توازنه الأصلي أو قدرته على العمل الخلاق ، بل تساعد على استمراره وتوازنه على المدى الطويل .

الفرض الخامس :

إن الانسان إذ ينتقل من مستوى أدنى للصحة النفسية إلى مستوى أعلى (للأسباب التي ذكرتها ص ٢٠٣) تظهر عليه أعراض غير عادية قبل أن يستعيد توازنه على المستوى الأعلى ، وينبغي ألا نساوى بين هذه الأعراض وأعراض التدهور المرضي ، بل يستحسن ألا نطلق عليها اسم المرض أصلاً ، وأقترح اسماً جديداً لهذه المرحلة من فقدان التوازن هو «أزمة تطور» **Evolutionary Crisis** ، فيقتصر اسم المرض على فشل هذه الأزمة في أن تحقق أغراضها التطورية ،

إذ تستمر الأزمة بدرجة معجزة أو تنهار القوى المتطورة فيظهر المرض في صورته شبيهة المستقرة يحقق التوازن ولكن في مستوى أدنى من الحياة ، لأن التوازن المرضي قد يتم بديلا عن المستوى الأعلى للصحة ويكون مقابلا لهذا المستوى الأعلى ، وكأنه يحقق نفس الهدف ولكن بطريقة معطلة تخدم التدهور لا التطور . (شكل ٢) .

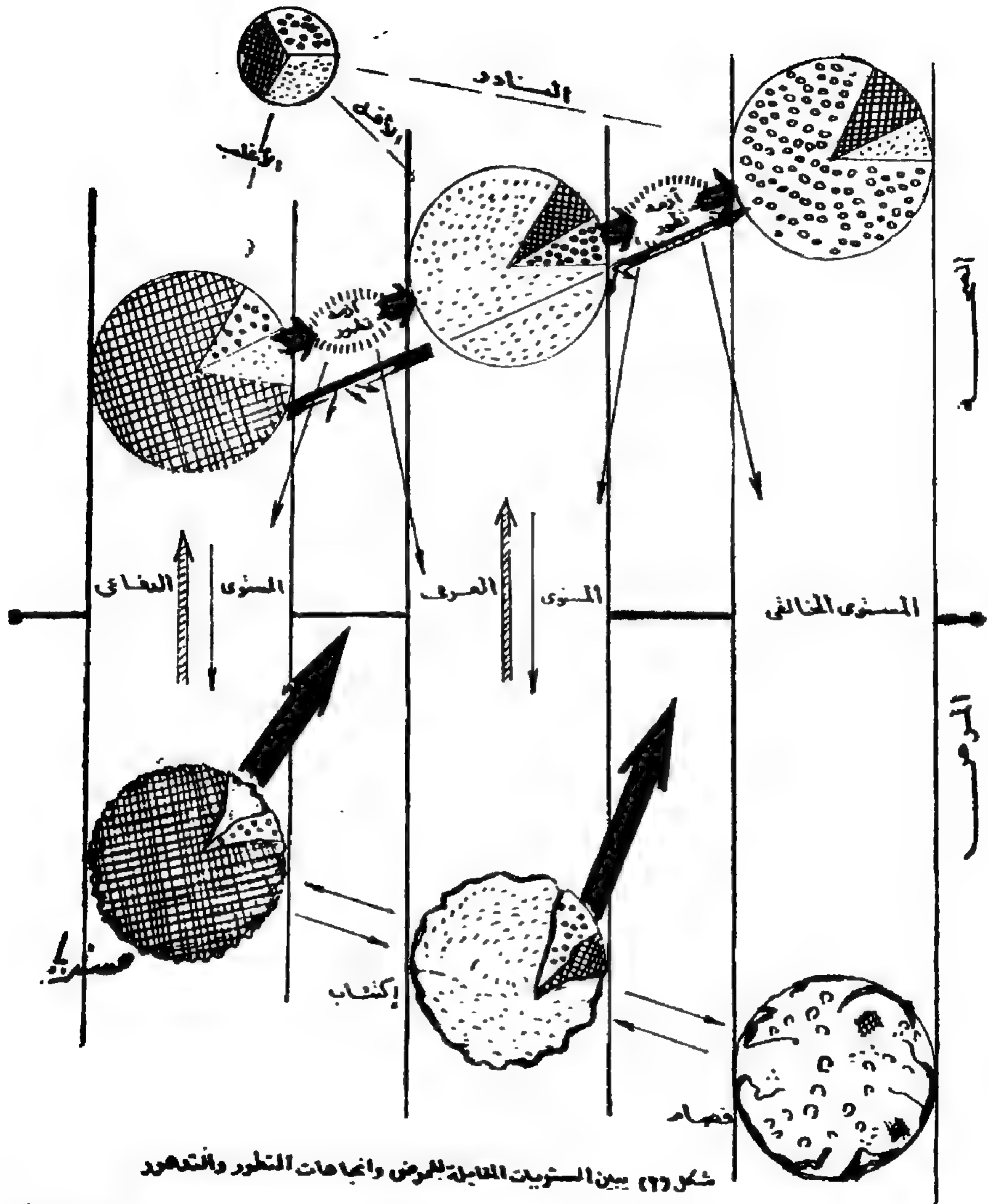
على أن هناك احتمالا آخر وهو أن تترد هذه الأزمة إلى المستوى السابق للصحة النفسية ، أو أدنى منه ، وإن بدا مشابها له من الظاهر ، لأن هذه الفروق البسيطة لا تظهر إلا بالمقاييس الانسانية الدقيقة وليس بمجرد اختفاء الأزمة .

الفرض السادس :







يمكن تقسيم الأمراض النفسية (شكل ٢) - فيما هو ليس أزمة تطور - إلى مستويات مقابلة لمستويات الصحة . هي مستويات التدهور حين يفشل التطور .

فتوضع الأمراض العصائية التي تستخدم فيها الوسائل الدفاعية بدرجة معجزة تزيد من العنى النفسى حتى تسمى أعراضا ، توضع هذه الأمراض في المستوى المقابل للمستوى الدفاعى للصحة ، وتستعمل هنا الوسائل الدفاعية لتجنب الألم أيضا ، ولكنها تزيد إلى درجة مرضية لتغضى احتمال رؤية أعمق أو أصدق ، فإن العنى النفسى هنا يكون دفاعا ضد التهديد بدرجة أكبر من الرؤية ، والأمثلة في هذا المستوى كثيرة ربما أشهرها المستريا .

وتوضع الأمراض التي تحتد فيها المعرفة بلا فاعلية ولا ينشأ ، في المستوى المقابل للمستوى العرفى للصحة ، وهنا تزيد الرؤية أيضا ولكنها لا تخدم التوازن ،



شكل ٢٦) بين المستويات المعاملة للمرض وانمايات التطور والتدهور

	المستوى الدفاعي		المستوى العرضي		المستوى الخالق
	اتجاه الصوت		اتجاه التعزيز التكثيف		اتجاه المرح

ويزيد الألم ولكنه يقتصر على التعجيز والتعويق ، ويقضى على الهدوء والرضا ، وتمثل العلاقة بالآخرين وتقلد الحياة معناها الحالى بلا بديل أرق ، والأمثلة فى هذا المستوى هى : مرض الاكتئاب بدرجاته ومرض القلق .

وأخيرا فإن الأمراض التى تقابل المستوى الخالق للصحة هى أمراض تحقق الخلق ولكن على مستوى مرضى لا يخدم التطور ، بل هو نهاية التدهور ، صحيح أنه خلق مبتكر ليس كمثل شئ ، ولكنه خلق فى عالم الخيال والأوهام بلا هدف بناء ولا تناسق متكامل ولا قدرة على التغيير ، وهو محاولة لتحقيق فكرة الأهداف بأقصى الوسائل تحطيا ، والتوازن الذى يتم به يبدو على ظاهره الاستقرار ولكنه استقرار فى قاع الانسحاب والانفرادية والنكوص فرض الفصام هو الخلق المرضى التدهور .

الفرض السابع :

إن العلاج إذن يتطلب أن يتحدد ما إذا كانت الأعراض الموجودة تدل على «أزمة تطور» أم هى علامات تدهور ، وهذه خطوة مبدئية وأساسية حتى لا يكون الخلط بين المرض والثورة أو بين الخلق والجنون ، فإذا كانت الحالة أزمة تطور فإن علاجها يتوقف على تحديد أين تقع هذه الأزمة بين مستويات الصحة المتتالية ، وعلى قدر فهمنا لمستوى المرحلة السابقة من الصحة وأسباب فشلها أو رفضها ، وعلى قدر تقييمنا لقوة الفرد التطورية (وراثيا وشخصيا) وعلى قدر حساباتنا للإمكانات المتاحة فى بيئة الفرد لإطلاق قدراته فى ذلك الوقت من حياته . . . على قدر نجاحنا فى تحديد نوع الأزمة ، وبالتالى مسيرة التطور والمستوى الأنسب لمساعدة الفرد للوصول إليه حتى ولو كان المستوى الأدنى ، ولو مرهطيا .

أما إذا كانت الأعراض قد استقرت على مستوى معين من التدهور - ويحدث هذا أساساً في المستوى المرضى الأول والثالث (الدفاعى والحالى : شكل ٢) - فإن وظيفة العلاج قد تكون إثارة أزمة التطور تحت ظروف أفضل ، أو على الأقل تسكين الأعراض والعودة إلى مستوى مناسب - وإن كان أدنى - من الصحة حسب الحسابات السابقة .

أما في المستوى المعرفى فإنه من الصعب تصور الاكتئاب أو القلق نهاية مرحلة ما ، منها أزمى ، فإن هناك دائماً احتمال الانتقال من المعرفة إلى البصيرة ، ومن ثم فإن العلاج في هذا المستوى يكون أقرب إلى المعاونة نحو تمام التطور ، لا مجرد التسكين .

و حين أقول العلاج أعنى تضافر كل أنواع العلاج المعروفة كيميائياً وكهربائياً ونفسياً وبيئياً مما لن أتأوله في هذا البحث مرحلياً ، إذ يحتاج إلى تفصيل مستفيض .

* * *

وبهذا تكون قد انتهت القروض الأساسية .

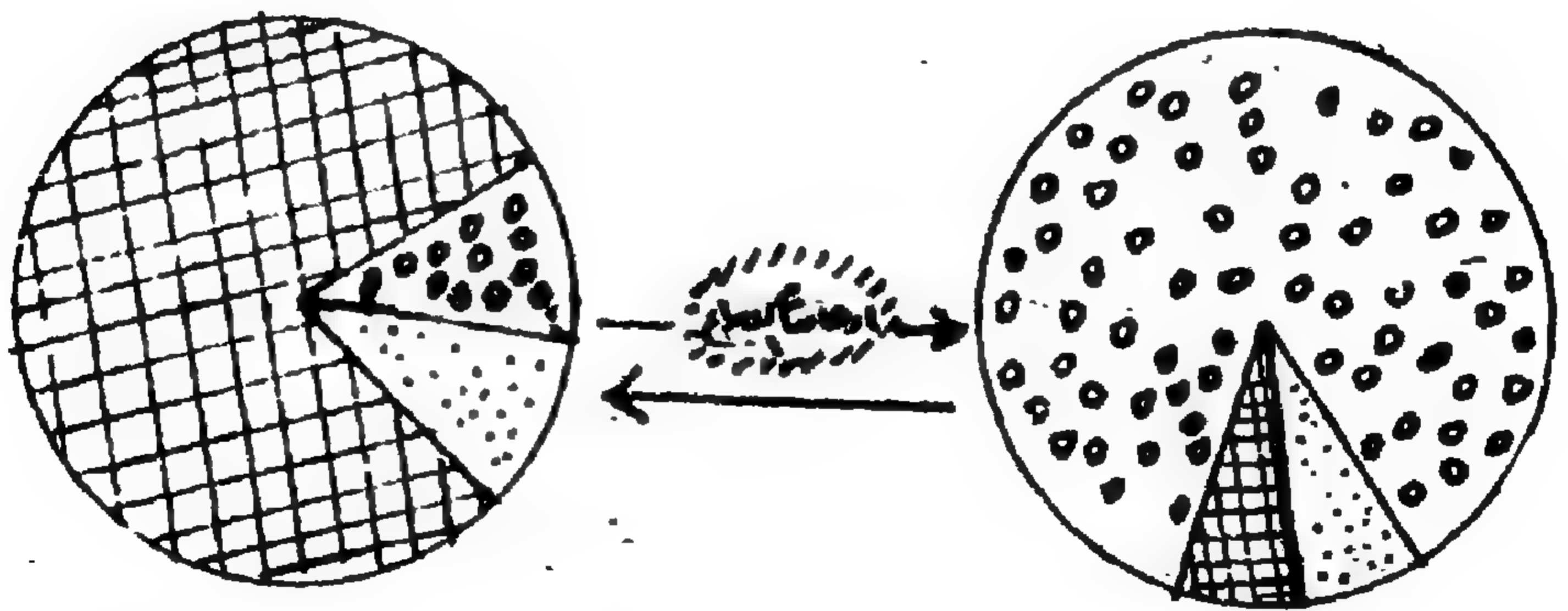
* * *

الحل الوسط :

على أنه لا يمكن تصور مستويات الصحة محددة ومنفصلة عن بعضها البعض هكذا بالقلم والمسطرة ، فإن أى تناسب من الوسائل الثلاث قد يتم بنسب متفاوتة ويحقق التوازن عند الفرد حسب ظروف تطوره ، وكما ذكرت فإن هذه الصورة التى قدمتها عن المستويات المختلفة هى الصورة الكاملة - نظرياً - لكل مرحلة ، أما فى الواقع فإننا نجد درجات متنوعة من الخلط بين المستويات ، وإنما يتحدد نوع الصحة بنوع الوسائل التوازنية الغالبة فى كل وقت .
وهناك وضع متوسط آخر وإن كان غير مستقر أو متوازن بصفة دائمة ، إلا أنه

قد يستمر لفترة طويلة حتى نحسبه حلا وسطا ، وهو أن يظل القرد لمدة طويلة متذبذبا بين مستويين أو أكثر ، ترجح كفة هذا مرة ، وترجح كفة ذاك مرة ، أو يظل في أزمة تطور تستمر عدة سنوات وهذا ما يفسر ما أشار إليه ياسيرز من أن « الحالة الحادة » يمكن أن تستمر سنوات ، إلا أنها لا يمكن أن تدوم إلى الأبد فهي حالة قلق مزعجة ، فلما أن ينطلق منها الانسان إلى المستوى الأعلى ويستقر ، أو أن يرجع إلى المستوى الأدنى أو أقل ، أو يلجأ إلى الحل المرضي بالتدهور .

كما أن هناك حلا ثالثا وهو أن يكون المستوى الأغلب للصحة هو أحد المستويات الأدنى ، ولكن القرد يمارس نوعية المستوى الأعلى على فترات محددة ، وكأنه يفرغ شحناتها بإطلاقها وإتاحة الفرصة لقلبها ثم يعود للمستوى الأصلي العام للتوازن ، وأكثر ما نشاهد هذا التناوب عند بعض الفنانين والمبدعين بصفة عامة الذين تنطلق قدراتهم الخلاقية أثناء عملية الإبداع فقط (شكل ٣) فيعيشون



(شكل ٣) • يبين الانتقال من المستوى الدفاعي إلى المستوى الخلاق لفترة محدودة .

• لاحظ أن إلهامات الإبداع المؤقتة تقابل أزمة التطور .

• لاحظ أن المستوى الخلاق قد لا يستطيع أن يخلق التوازن رغم كفاءته

نوعية الصحة على المستوى الخالق حينذاك ، ثم يعودون إلى المستوى الأصلي للتوازن الذى قد يكون المستوى المعرفى أو الدفاعى أو خليطا منها ، وتكون الأعراض السابقة مباشرة لعملية الابداع هى أشبه ما تكون بأزمة تطور ولكن الفرق أنها تم لفترة محدودة أثناء عملية الابداع ، فى حين أنها تطول إلى شهور أو سنوات فى التطور الفردى الذى قدمناه ، وبانتهاء عملية الإبداع مؤقتا يعود التوازن على المستوى السابق العام ، وهذا قد يفسر اختلاف أحاسيس ونوعية الفنان أثناء الابداع عن حالته بصفة عامة ، إذن فالإبداع الفنى ليس دائما مرادفا للتوازن على المستوى الخالق كما سبق أن ذكرنا وإنما هو بهذه الصورة حل وسط متناوب بين مستويين للصحة النفسية، وهذا هو الفرق الذى أومخناه بين أن يكون الفن بديلا عن الحياة أو أن يكون الفن هو الحياة ، ونتاجها بعض صورده ، ففى الحالة الأولى يمارس الانسان الفن كحل وسط يطلق به قدراته الفنية على فترات حتى لا تتجه اتجاها تخطيطيا ، وفى الحالة الثانية تصبح الحياة ذاتها فنا ونتاجها الطبيعى هو الفن بصفة شبه دائمة .

على أن ذلك لا يعنى التقليل من أهمية الانتاج الفنى مهما كان مستوى الصحة النفسية للفنان عامة ، فإن نتاج الفن الأصيل يتفصل عن حياة الفنان وذاته ويصبح من أهم المثيرات والمقومات التى توظف القدرات والوسائل الخلاقة عند المستمع الذى يسعى بدوره إلى تحقيق مستوى أفضل - نتيجة لهذه الإثارة - من الصحة النفسية ، وهذه هى قيمة الفن فى الحياة .

وقد يحتاج كل ذلك إلى تطبيق وتحقيق - مثل سائر القروض - إلا أنى أوضحت كافة الاحتمالات حتى تكون الحلول الوسيطة واضحة وجاهرة للتطبيق كقروض مكتملة .

صحة الطفل والراهق أثناء النمو :

إذا كانت مستويات الصحة التى قدمتها هى المستويات التى يستقر فيها

الشخص الراشد ، وقد ينتقل من أحدها إلى الآخر في الظروف التي أضرت إليها ، فكيف يحقق الطفل والمراهق التوازن والتلاؤم . . وما هو نوع صحته ؟

إذا رجعنا إلى تعريف الصحة بأنها توازن القوى النفسية للحصول على التوافق الداخلي والتلاؤم الخارجي في وقت معين ، وتذكرنا أن الفرض الأول يقول أن الطفل يولد على استعداد أن تعمل الوسائل المختلفة بنفس الدرجة للحصول على التوازن حتى تغلب إحداها على الأخرى في مرحلة الرشد ؛ فإننا نستنتج أن الصحة في أطوار النمو السابقة تعتمد على مدى عمل هذه القوى مجتمعة بدرجات متفاوتة ومتناوبة وكأن التوازن إذ ذاك يكون أقرب ما يكون إلى الحلول الوسط التي أشرنا إليها حيث لا تغلب إحدى الوسائل على الأخرى بشكل ثابت قبل مرحلة النضج .

أما مظاهر المرض عند الأطفال فهي تحدث إذا تخلخلت سرعة النضج في غير تناسب مع إمكانيات التوازن . . فإنه لو أهملت ملكات الطفل الخلاقة لحساب نمو الوسائل الدفاعية فربما نشأت الأعراض في شكل الإنكار المستمر والحرب الكامل من كل مواجهة للواقع ، مثال ذلك أعراض المستيريا أو الأمراض العصائية الأخرى التي تبالغ في استعمال الوسائل الدفاعية حلاً للقلق . كما أنه لو أطلقنا - في التربية - الفرصة لتنمية القدرات المعرفية على حساب الوسائل الأخرى فإن الطفل قد يهمل قدرات الخلق مبكراً ، أو قد يعصاب بأعراض القلق أو الاكتئاب ، والأخير أقل احتمالاً في الأطفال .

وأخيراً فإنه لو طغت قوى الخلق التطورية دون إمكانيات تعبيرية مناسبة ودون دفاع كاف عن ذات الطفل الضعيفة - إذ لم تتشكل بعد بالصلافة الكافية - لا تغلب الخلق مرضاً تدهورياً مثل القصام أو هو القصام ذاته .

إذا فصححة الطفل تعتمد على تناسب القوى الثلاث المستمر ونموها التدريجي حتى ترجح كفة إحداها على الأخرى في سن الرشد .

أما كيفية قياسها فهذا أمر نسبي إذ تختلف معاني مقاييس الصحة (التكيف والعمل والرضا) باختلاف مراحل النمو ، ولعل وصف إريك إريكسون Erick Erickson لمرحلة النمو - رغم اختلافنا مع تفسيراته - هو أقرب ما يتصل بهذا التنوع في قدرات التوازن على مختلف المراحل .

فالعقل : قد يعني عند الطفل أو المراهق إطلاق الطاقة أو اللعب أو الاستذكار أو تدريب ملكاته الخلاقية أو كل ذلك معا ، حسب مرحلة تطوره .

والرضا : قد يعني تجنب الألم أو قبول الذات أو نشوة الإبداع والخلق أو كل ذلك أيضا .

والتكيف : قد يعني التشكل مع البيئة والمجتمع أو قبوله أو تغييره . . وعادة ما يتم ذلك معا .

إلا أنه ينبغي الإشارة أن الفروض التي قدمناها لا تؤكد أن المستويات الأدنى سابقة للمستويات الأعلى ، فهي لا تشير إلى أن الطفل يلجأ للدفاع أكثر من الخلق ، بل بالعكس فإنها تشير إلى أن الوسائل كلها تتقارب في أول الأمر ، ولا ترجع الأدنى أو الأعلى إلا بمرور الزمن ، وحسب ظروف المجتمع والإمكانات المتاحة ، فتكمن بعضها وترجع الأخرى ، ثم تثار الوسائل الكامنة في أزمات التطور حسب ما بينا .

تطبيقات محتملة :

لقد عمدت من أول الأمر وأنا أقدم هذا المفهوم ألا تكون وظيفته مجرد بحث نظري لمشكلة تعريف الصحة النفسية ، ولكن كان الهدف أن تتمكن من استعمال مقاييس معينة ومحددة تقيس بها مستوى الصحة ، وأن يخدم هذا التقسيم فهم بعض الظواهر النفسية المرضية والصحية على السواء ، وأن يساهم في تقسيم الأمراض النفسية ودرجاتها وكذلك اتجاهات العلاج والتخطيط له ، وأن يتيح فرصة أكبر للدراسات المقارنة ويلقي ضوءا جادا على وسائل التربية .

وأقدم هنا بعض ما أتصوره من هذه التطبيقات - بالإضافة إلى ما أشرت له في مواقع متفرقة من هذا البحث - مدركا تماما أن هذه مجرد رؤوس موضوعات لإثارة التفكير في فاعلية هذه الفروض وجدواها .

وأوجز فيما يلي بعض هذه التطبيقات المحتملة وإن كان فيها بعض التكرار :

١ - في الدراسات المقارنة لتقييم الصحة والمرض يمكن أن يكون تحديد مستوى الصحة قبل الدراسة المقارنة عاملا أساسيا في عدم الخلط ، بمعنى أنه لا يمكن مقارنة مظاهر الصحة عند المستوى الدفاعي مع مظاهرها عند المستوى الخالقي مثلا ، وإنما ينبغي أن تكون المعاني واحدة وعلى نفس المستوى لتكون المقارنة علمية ، ولا تخفى أهمية ذلك في تقييم الصحة النفسية في فترات التحول التي تمر بها الدول النامية ، فمن البديهي أن نوع الصحة الغالب في المجتمع الزراعي غيره في المجتمع الصناعي ، والحديث عن التفضيل بينها حديث لا مجال له أساسا ، إذ أن وجود الأعراض بشكل زائد في فترات التحول قد يكون علامة تطور للمجتمع ذاته وليس تدهورا للصحة .

٢ - إن التفرقة بين « أزمة التطور » وبين المرض الذي يقتصر على الهزيمة أمام قوى التدهور، خليقة بأن توجه العلاج توجيهها أساسيا منذ البداية (الفرض السابع) إذ يتيح لنا الفرض تقييم بعض الأعراض التي كانت تعتبر مضاعفات لبعض العلاجات الكيميائية قديما جديدا ، إذ أنها يمكن أن تكون علامة صحة على طريق العودة إلى الأزمة السابقة على التدهور ، وهذا بالفهم الديناميكي لعمل الكيميائي ، فإن ظهور الاكتئاب مثلا في مرض القصاص أثناء العلاج يمكن النظر إليه على أنه تقدم وليس مضاعفة ؛ حيث أن الاكتئاب من صفة الأزمة السابقة ، وبذلك نستغل وجود الأعراض الإيجابية في فهم وتطوير العلاج لتجنب الاستسلام للاستقرار المرضي السلبي ، والذي يتيح لنا كل هذا التثنية - كل بين

المستويات ، ومواجهة الأزمات الخطيرة بأمان نسبي هو التقدم في استعمال العقاقير النوعية الحديثة ، حيث تزيد قدرة التحكم في مسيرة التطور . . . وبديهي أن كل ذلك هو موضوع التطبيقات الاكلينيكية الجارية فعلا .

٣ - إن بعض العلاجات التي يغلب عليها مفاهيم التحليل النفسي (وخاصة التقليدي منها) قد تقتصر على المستوى المعرفي للصحة النفسية ، ورغم أنهم يطلقون على هذه المعرفة معنى البصيرة إلا أنه إذا اقتضت رؤية الانسان على تفسير سلوكه بالمبول الغريزية الجنسية (صريحة أو متسامية) ، فإن ذلك لا يتعدى حدود المعرفة التي انتقلت من عقل صاحب النظرية أو معتقها الى المريض ؛ مهما صاحب هذه المعرفة من قريع افعالي وطرح ومقاومة ، إذ لا يمكن للتحليل النفسي أن يخدم بطريقة مباشرة وفعالة قضية التطور على المستوى الفردي وهو ينكرها إنكارا صريحا إذ يقصر مسار التطور الانساني على نجاح خليتي التناسل في الاندماج ، ولا يفرق بالنسبة للتطور بين إنسان وحيوان ، أما عن القول بأن التحليل هو إطلاق القدرات فإن الذي يحدد أبعاد « النظرية » ليس فقط مفاهيمها النظرية وإنما تفاصيل أبعادها ، إذ أنه لا يمكن إطلاق قدرات لا وجود لها من وجهة نظرهم حيث القدرات التطورية للفرد ليست ذات بال في نظر فرويد ، وما الثقافة والفن عنده إلا تسامى بالغريزة الجنسية ، على أن النتائج التي يصل إليها بعض المرضى والتي تنطلق فيها القدرات التطورية فعلا بما يتخطى حدود النظرية ذاتها إنما تدل على أن الانسان إذ يتحرر يتعدى الحدود ، وأولها حدود اهتمام الأدي لطبيعته ، وكأن مثل هذا المريض يشفى « بالرغم من العلاج وليس بسببه » أو كأنه يستعمل العلاج بطريقته الخاصة لجرد أنه إنسان متطور أساسا .

على أنى لا ألوم فرويد بالذات رغم ما ترك لنا من معوقات ، فقد كان دائم الاعتذار في تواضع العلماء ، وذكاء أصحاب الغرض - عن تصوره ، فهو الذي

يختم كتابه الذى تناول فيه مشكلة الموت والتطور « مافوق مبدأ الذة » مستشهدا بقول الحريرى فى مقامته الثالثة : « فليس على أخرج من حرج »

٤ - إن تقارب هذه الوسائل التوازنية منذ الولادة يعطى تفسيراً لوجود ملكات الخلق عند الطفل أكثر من الناضج ، كما أن ترجيح القوى الدفاعية على القوى الخلاقية للحصول على التوازن بالطريقة الدفاعية عند أغلب الراشدين يفسر كمن هذه القوى الخالقة عند معظم الناس فى سن اليوغ وبعده .

٥ - ينبغى - بناء على ذلك - أن تتجه الأساليب التربوية فى عصرنا الحاضر إلى عدم ترجيح مستوى من الصحة أدنى على حساب قدرات الإنسان التطورية ، لذلك كانت محاولة تنمية الفكر الخلاق والملكات الإبداعية هى من أهم محاولات تطوير الإنسان ، لأنه إذا تحقق التوازن مباشرة وبطريقة آمنة وهادئة ومخططة بتنمية قدرات الخلق أساساً فإن هذا خلىق أن يعنى الفرد - وخاصة ذا الطاقة التطورية القوية - من مشا كل تطورية تعترض حياته فيما بعد ، حين يحاول فى تطوره الفردى أن يرفض المستويات الأدنى التى فرضت عليه قسراً ، فيدخل فى أزمات تطور متلاحقة ، لا نعلم مدى إمكانيات نجاحه فى الانطلاق منها إلى الخلق ، أو احتمال فشله ، ومن ثم التردى فى هوة المرض ، أو النكسة إلى مستوى أدنى ، وهذه الاحتمالات تكثر فى أقارب المرضى الذهانيين وأقارب المبدعين على السواء .

٦ - إن هذه الفروض قد تفسر العلاقة الوراثية والتشخيصية بين مختلف أنواع المرض النفسى الوظيفى (وخاصة الذهان الوظيفى) ، أى بين النصام وجنون الهوس والاكتئاب ، وكذلك بينها وبين الابداع والخيال ، فهى تشير إلى أن الوراثة قد لا ترتبط بوراثية مرض معين بقدر ما هى وراثة كم متفاوت

من قوة التطور الدافعة ، وكذلك اتجاهات معينة للتحكم في هذه القدرة وتوجيهها ، وعلى قدر التفاعل بين هاتين الصفتين من ناحية ، وبين الامكانيات المتاحة في المجتمع لتطور الفرد من ناحية أخرى ، يتوقف نوع المستوى من المرض أو من الانطلاق الخلاق .

وقد يفسر هذا الفرض وراثته القصاص بوجه خاص حيث هو مرض خطير بيولوجيا ، وشائع في نفس الوقت ، فإن الفرض الذي أورده جوردن آلن Gordon Allon يشير إلى تفسير هذا التناقض بين « الشبوع » و « الخطورة البيولوجية » بأنه : « من المحتمل أن يكون المرض الشائع نتيجة لمورث له في الأساس مفعول حسن ، وما المرض إلاّ نتاج جانبي By-product لهذا المورث : بالصدفة ، لمجرد سوء الحظ » ذلك الاحتمال يمكن النظر إليه من خلال هذا الفرض الذي قدمناه متغافلين حكاية « سوء الحظ » مؤقتا ، فإذا اعتبرنا أن المورث الخاص بالقصاص هو مورث تطوري أساسا (القوة الدافعة التطورية) وأن مرض القصاص هو التاج الجانبي لهذا المورث ، لكان لزاما علينا أن نثبت هذا الفرض بأن نجد مييزات تطورية خاصة في أقارب القصاصيين ، وقد حاول بوك Book أن يجد ميزة بيولوجية عضوية في مجتمع في شمال السويد ينتشر فيه مرض القصاص بنسبة أكثر من التعداد العادي (٣ / ١٠٠ بالمقارنة بالنسبة في التعداد العادي ٨ / ١٠٠) ووجد أنهم فعلا يتميزون بميزات عضوية لتقادم الظروف الطبيعية المحيطة ولكنها كانت مييزات أغلبها جسمية . وهذا التفسير هو نفس تفسير مقاومة أقارب المصابين بالانيميا الهلالية Sickle cell anaemia للملاريا الخبيثة .

إلا أن هذا الفرض قد يتحقق أكثر إذا درسنا القوى الدافعة التطورية على أنها ميزة بيولوجية بالمعنى التطوري النفسى ، ودرسنا الوراثة في الشخصية شبه

القصامية وفي القصام معا من نفس العائلة ، وما يحققه شبه القصامي من ميزات
تحصيلية (معرفية أساساً) أو من ميزات إبداعية ، وما يحاول تحقيقه القصامي
نفسه من ميزات فنية خالقة قبل أن ينهار تحت وطأة المرض ، أو بعد أن ينتصر
على أزمة المرض . هذه الدراسات سوف تفتح آفاقاً هائلة وسوف تتجاهل
موضوع الصدقة أو سوء الحظ في فرض آكن ، لأن علم تحسين النسل Eugenics
لن يقتصر على إتاحة أكبر الوسائل للأسوياء لانجاب نسل أفضل معتبرين أن كل
المرضى النفسيين من معوقات التطور ، وإنما سوف ينتشر إلى فهم قوة التطور
على طريق الارتقاء الفردي والتحكم فيها على حساب المرض ، موجهين هذه القوة
إلى الخلق والإبداع ، واضعين في الاعتبار بالنسبة لتطور النوع حقيقة انتقال
الصفات المكتسبة بالوراثة ، وبذلك نحقق آمال جالتون في علم تحسين النسل
في « . . . أن تحمل محل الانتقاء الطبيعي وسائل أكثر رحمة وليست أقل فاعلية »
ولكن المجال لذلك لن يكون بهذه النظرة الأوسع والأشمل .

وفي ذلك ما يحقق فرض سوف (مصطفى) في « أن يكون منشأ العبقرية
ومنشأ الجنون . . . واحداً » وينفي الارتباط السببي الذي افترضه كريتشمر
بين الجنون والعبقرية لأن الجنون بهذا المفهوم يصبح هوة التدهور في حين أن
الخلق يمثل قمة التطور (شكل ٢)

٧ — وإذا كان الخلق فيه « إرادة ودافع وإطار ومجال » (سوف) فلا بأس
من تصور أن في الجنون (القصام) « إرادة ودافعاً وإطاراً ومجالاً » وهذا
ما افترضه برنارد شولمان وأثبتته في تطبيقاته من أن القصام « ليس مجرد رد فعل
ولما هو فعل وقرار واختيار » ، وبالتالي تصبح الإيجابية في احترام الإنسان
المرضى والسليم هي الطريق إلى التطور والعلاج معا ، ومن ثم هي الضيعة

الأساسية في ممارسة الطب النفسي ، لأنه إذا كان المرض اختياراً في ظروف معينة تكون الصحة اختياراً حين تهيأ لها الظروف المناسبة ، فإذا عجزنا عن إتاحة فرصة تحقيق المستوى الخالق للصحة النفسية أمام أزمة تطور فإننا بذلك ندفع بالإنسان الثائر إلى المستوى المرضى المقابل أو المستوى الصحي الأدنى ، وقد كان وسيكون للتقدم السيكونوفارماكولوجي أعظم التأثير في التحكم في مسار هذه القوى .

٨ - إن دراسة الحيوان مهما قننت ، لا يمكن أن تعمم أو تنطبق على الإنسان ، وخاصة بالنسبة للذهان الوظيفي ، حيث أن مشكلة الإنسان فيما يتعلق بالذهان الوظيفي مشكلة تطورية في مرحلة لم يصل إليها الحيوان ، لذلك تصبح المقارنة مستحيلة ، ويصبح توقع الذهان الوظيفي من نوع القصام أو جنون الهوس والاكتئاب في الحيوان مستحيلاً ، وهذا ما أقره ياسبرز من أن أحداً لم يصف القصام أو جنون الهوس والاكتئاب في الحيوان لأنها أمراض خاصة بالإنسان تماماً .

الخلاصة :

١ - إن الإنسان كائن متطور كفرد ، كما أنه متطور كنوع ، وصحته النفسية تتوقف على توازن القوى المسئولة عن التوافق والتلاؤم التي تختلف أثناء مراحل النمو ، كما تختلف من فرد لفرد ومن مجتمع لمجتمع ، ويمكن وضع الصحة النفسية للراشد في مستويات تصاعدية تبعاً للقوى الغالبة المستخدمة للحفاظ على التوازن ، وهذه المستويات هي المستوى الدفاعي (أو المعنوي النفسي المريح) والمستوى المعرفي (أو الرؤية الراضية) والمستوى الخالق (أو الحياة المتطورة) .

٢ - إن الانسان أثناء تطوره الفردى يستقر بعد أزمة البلوغ فى مستوى معين من الصحة ، فإذا ما فشل هذا المستوى أو ثارت قوة تطور الفرد - وعادة ما يحدث الاثنان معا أو يثير أحدهما الآخر - فإنه قد يحاول أن ينتقل إلى مستوى أعلى ، فتكون «أزمة التطور» التى إما أن تنجح فيرتقى ، أو تفشل فيقع صريعا للمرض ، وأن الأفراد يختلف بعضهم عن بعض من حيث كم ومشاكل هذه القوى التطورية (الوراثة) كما تختلف فرصهم من حيث أهداف هذه القوى ومسارها (البيئة) وأن الأمراض والعلاج والوقاية يمكن أن تقسم وتحدد تبعاً لتطبيقات هذا الفرض .

آفاق جديدة :

وقد حاولت منذ ثلاث سنوات أن أضع هذه الفروض محل اختبار ، وكانت النتائج الأولية مشجعة ، إلا أنها فتحت آفاقاً أوسع فى الفهم التطورى للأمراض النفسية ، وخاصة بإدخال عامل العلاجات العضوية والفيزيائية مع العلاج النفسى والبيئى فى كل تطورى متناسق مما جعلنى أحجم عن تقسيم الأمراض النفسية على تلك المستويات المقترحة فى هذا البحث حيث وجدتها أقل مما يبنى بفهم مجاميع الأمراض وفهم تطور الانسان الفردى والنوعى بالتفصيل

وقد كانت هذه الآفاق الجديدة التى مهدت لفروض أكثر تفصيلاً بالنسبة للمرض النفسى وعلاجه ، هى أهم ما نتج عن التطبيق المبدئى للفروض التى وردت فى هذا البحث .

ولكنى اقتنعت - رغم الصعوبات المنهجية التى لم أتعلم عليها بعد - أنه ينبغى تقديم المادة الإكلينيكية والملاحظات أولاً قبل الإقدام على عرض نظرية تطويرية متكاملة لتقسيم الأمراض النفسية وأسبابها وعلاجها ولكن

ذلك قد يحتاج إلى وقت ليس بقصير ، وقد لا يتحقق بفرد أو عدة أفراد في المدى القريب ، وهنا قد يصبح تقديم القرض حتى قبل تحقيقه ضرورة حتمية لا مفر منها .

وكل ما أرجوه أخيرا أن يكون هذا القرض الذي قدمته خصبا حتى ولو لم يكن صحيحا مصداقا لما قال حسين (محمد كامل) « .. وأقول الفروض الخسبة وليست الفروض الصحيحة وإنما تقدر الفروض العلمية على قدر خصوصيتها وأعني بذلك قدرتها على فتح آفاق جديدة من البحث ، وعلى الإيحاء بتجارب جديدة توحى بدورها فروضا خسبة أخرى حتى تتجلى الحقيقة .. »

• • •

شكر :

لم يكن ليخرج هذا الرأي في هذه الصورة دون مناقشات مستمرة أدت إلى تعديله عدة مرات ؛ ولاني أحس بذلك أنه ليس خاصا بي تماما ؛ لذلك فاني أقدم شيئا من الدين على إذ أشكر الدكتورة الأصدقاء د. بين برينتي ؛ ود. محمد شعلان ؛ ود. عمر شاهين ؛ ود. صلاح الدين إبراهيم ؛ والسيدة معاد أبو العزم ؛ ود. زينب مرحان والسيدة ليلى حليبي ؛ والسيدة فوزية داود ، والآلة يسرية أمين.

مراجع الملاحق

REFERENCES

- 1 — Allen G.: Genetic Aspects of Mental Disorders, reprinted from : The Nature and Transmission of the Genetic and Cultural Characteristics of Human Population. Proceedings of the 1956 Annual Conference pp. 112-121. Milbank Memorial Fund, 40 Wall Street, N.Y. 5.
- 2 — Arasteh A.R. : Psychocultural Analysis and three Concepts of Mental Health. *Confina Psychiatrica* Vol. 9, No. 1, 1966.
- 3 — Blatt, J. : An Attempt to Define Mental Health, *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 28, No. 2, 1964.
- 4 — Böök, J.A. : A Genetic and Neuropsychiatric Investigation of a North Swedish Population. *Acta Genet.* 4, 1-233 (1953). After Mayer Gross W., Slater E. and Ruth M. "Clinical Psychiatry," Cassel and Company Ltd., London, 1960.
- 5 — Brunetti P.M. : Contribution au Concept Ecologique de la Santé Mentale. *Social psychiatry* Ed. N. Petrilo-witsch and Flegel. *Topical Problems in Psychiatry and Neurology*, Vol. 8, Karger Basel, New York, 1969.
- 6 — Clegg, E.J. : The Study of Man. The English Universities Press Ltd., London, EC. 4, 1969.
- 7 — Dobzhansky T. and Allen G. : Does Natural Selection Continue to Operate in Modern Mankind : From the Smithsonian report for 1958, pp. 359-374. Publication 4362, Smithsonian Institute, Washington, 1959.
8. — Erickson E.H. : Growth and Crisis of the Healthy Personality. in "Personality" in *Nature Society and Culture*. Ed. by Clyde Kluckhonn and Henry A. Murray. New York, Alfred A. Knoff, 1965.
- 9 — Fuller J.L. : The Genetic Base Pathway Between Gene and Behavioural Characteristics. A paper in the

- Nature and Transmission of the Genetic and Cultural Characteristics of Human Population, p. 101. N.Y., bank Memorial Fund, 1957.
- 10 — Gillis, L.S. : Who is Mentally Healthy, South Africa Medical Journal, Vol. 35, No. 8, Deel, 35, Cape Town (Feb.) 1961.
 - 11 — Jahoda, Marie : Current Concepts of Positive Mental Health : Basic Books, N.Y., 1958.
 - 12 — Jaspers K. : General Psychopathology. Translated by Hoenig J. and Hamilton Marian W. Manchester University Press, 1962.
 - 13 — Kretschmer, E. : The Psychology of the Men of Genius, translated by R.B. Cattell, London, Kegan Paul. 1933.
 - 14 — Lambo, T.A. : The Concept and Practice of Mental Health in African Cultures. East African Medical Journal, Vol. 37, No. 6, 1960.
 - 15 — Lemkau P.V. : Mental Hygiene in Public Health, McGraw-Hill Book Company Inc., New York, 1955.
 - 16 — Maslow A.H. : Motivation and Personality, New York, Harper Harper, 1954.
 - 17 — Meninger C., Mayman M., Pruyser, P. : Mental Illness Vital Balance or Myth. quoted from Bulletin of the Meninger Clinic, Vol. 28, pp. 145-53, 1964.
 - 18 — Rakhawy, Y., Shaheen O. and Soliman R. . Sick Absence as an Index of Mental Health in an Industrial Society in U.A.R. The Egyptian Journal of Mental Health, Vol. 12, No. 7, (Annual No.) 1971.
 - 19 — Ruth Benedict : Patterns of Culture, Boston, Houghton Mifflin, 1934.
 - 20 — Rawnsly K. and Laudon J.B. : Factors Influencing the Referral of Patients to Psychiatrists by General Practitioners. Brit. Journal of Preventive and Social Medicine, Vol. 16, No. 4, Oct. 1962.

- 21 — Shulman H.B. : Essays in Schizophrenia. William and Wilkins Co., Baltimore, 1968.
- 22 — Tucker D.K. and Harding le Riche W. : Mental Health. The Search for a Definition. Canad. Med. Assoc. J., Vol. 90, 1964.
- 23 — Wegrocki H.J. : Critique of Cultural and Statistical Concepts of Abnormality in Personality in Nature, Society and Culture. Ed. by Clyde Clushhorn, Henry A. Murray and D. Schnider, New York, Alfred A. Knoff, 1965.
- 24 — Whithead, A.N. : The Function of Reason. (Paper back Edition), Boston Beacon Press, 1958.

- ٢٥ — إبراهيم (زكريا) مشكلة الإنسان : مكتبة مصر : القاهرة .
- ٢٦ — حسين (محمد كامل) متنوعات : « البحث العلمى » مكتبة النهضة المصرية . القاهرة .
- ٢٧ — سويف (مصطفى) الأوس النفسية للإبداع الفنى (فى الشعر خاصة) القاهرة دار المعارف ١٩٥٩ .
- ٢٨ — سويف (مصطفى) تنمية الفكر الخلاق : المجلة يناير ١٩٦٧ : (٢٥ - ٤٦)
- ٢٩ — فرويد (سيجمون) ما فوق مبدأ اللذة - ترجمة امحق رمزى - دار المعارف بمصر ١٩٦٦ .

محتويات الكتاب

الصفحة

مقدمة ٧

الفصل الاول .

حيرة بين الصحة والمرض ١٥

من هو السليم ومن المريض نفسيا — للرض السرى الشروع —
بين ثورة الشباب وتمثل الأطباء — حين تصبح الاهتزازة
نبضة — المريض مقياس نفسه ولكن — القضية — لست
من العلماء — توارد الحواطر — حقائق أساسية — الرؤية ومداهها
— كلهم أصحاء — معاني الألفاظ .

الفصل الثانى .

الوشم بالتشخيص ٤٧

الحالات البين بين — أنا عندى ليه يادكتور ؟ — الهاكمة —
مذ الطب النفسى — الطرق للمساعدة والبديلة — فى الخارج —
الأساوية فى التشخيص — محاولة عمليه — مشا كل عمليه .

الفصل الثالث :

البحث العلمى ٦٥

الأمانة — صعوبات خاصة بالطب النفسى — الصدقة والإثبات —
البحث العلمى فى الممارسة الإكلينيكية — للعمل الشرطى —
الحيوان والإنسان — الألفاظ والشعر .

صفحة

الفصل الرابع :

٨٩ في التعليم الطبي

الطب من الكتاب — الطب والفلسفة — الطب والفن —
التعديل من واقع الحال — تدريس الطب النفسي — المصلحة
المادية — أنا أمتحن فأنا موجود — صراع التطور .

الفصل الخامس :

١١٣ العلاج أولاً — .. والعلاج أخيراً

مصادر الخبرة — المريض استاذي — أنا مرتاح كده —
فرويد : في أماليته وقصوره ، وشجاعته وخوفه — العلاج النفسي
— محاوره مع سارجنت — العلاج بالكهرباء — متفرج أم
مساهم إيجابي — اضطراب تكيف أم اضطراب كيان — وزارة
التطور — أنا حر — العمل — القسوة — اختيار المرض .

الفصل السادس :

١٦٣ ولادة فكرة

ملحق الكتاب :

١٨١ مستويات الصحة النفسية على طريق التطور الفردي

رقم الإيداع بدار الكتب ٢٤٠٧ سنة ١٩٧٢

مطبعة التقدم
٤٤ شارع المواردى
تليفون : ٨٤١٤٢١

حيرة طبيب نفسي

منهاية وابدائية

- * هل يختار الطبيب النفسي ؟
- * فيم . ، وكيف ، ولماذا ؟
- * ما هي الصحة النفسية ؟
- * إلى متى الوشم بالتشخيص ؟
- * هل عندنا بحث علمي ؟
- * ماذا عن التعليم الطبي ؟
- * والعلاج : النفسي ، والكهربي ، والكيماوي ؟
- * والطبيب النفسي : متفرج أو مساهم إيجابي ؟
- * هل يتطور الفرد أثناء حياته ؟
- * وهل تطوره مرض ؟ أم طفرة ؟
- * وكيف تصبح الحياة فنا ؟

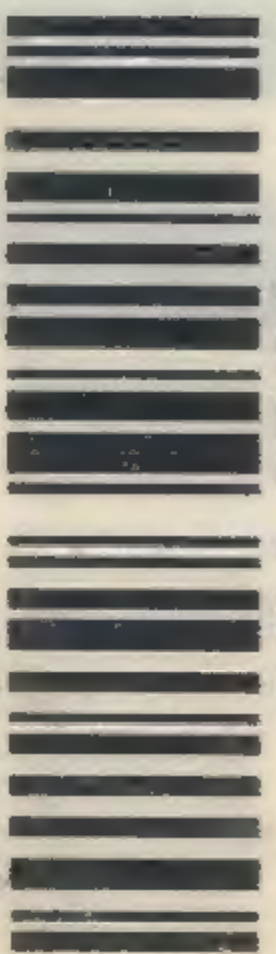


دار الفكر والثقافة والنشر

القاهرة ٤٧ شارع الفلكي

الثنى ٥٠ ج

Bibliotheca Alexandrina



0214760

مكتبة الإسكندرية